

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



“SÍNTOMAS FÍSICOS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL CSRD. SANTA CATARINA TABERNILLAS. ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO 2013”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTA:

M.P.S.S. ELBA VERÓNICA DANDER LÓPEZ

DIRECTORES DE TESIS:

DRA. EN C. ED. CLEMENTINA JIMÉNEZ GARCÉS

DRA. EN C. PATRICIA VIEYRA REYES

REVISORES DE TESIS:

E. EN PSIQ. JESÚS BERMEO MÉNDEZ

E. EN PSIQ. ELIZABETH ESPERANZA LANDEROS PINEDA

E. EN PSIQ. GABRIELA ASCENCIÓN MANJARREZ DOMÍNGUEZ

M. C. VERÓNICA ARROYO ARAGÓN

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

JULIO 2013

TÍTULO

“SÍNTOMAS FÍSICOS RELACIONADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD EN EL CSRD. SANTA CATARINA TABERNILLAS. ESTADO DE MÉXICO, FEBRERO 2013”

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	2
II.1. Adulto Mayor.....	2
II.1.1. Antecedentes epidemiológicos del adulto mayor.....	2
II.1.2. Envejecimiento de la población.....	3
II.1.3. El adulto mayor en la comunidad de Santa Catarina Tabernillas.....	4
II.1.4. Teorías del envejecimiento.....	4
II.2. Depresión.....	5
II.2.1. Generalidades.....	5
II.2.2. Frecuencia de depresión.....	7
II.2.3. Factores de riesgo de depresión.....	7
II.2.4. Fisiopatología de la depresión.....	8
II.2.5. Características clínicas generales de la depresión.....	8
II.2.6. Diagnóstico de depresión.....	8
II.2.7. Instrumentos de evaluación de la depresión.....	10
II.3. Depresión en geriatría.....	12
II.3.1. Generalidades.....	12
II.3.2. Datos epidemiológicos de depresión en adultos mayores.....	12
II.3.3. Etiología de depresión en adultos mayores.....	12
II.3.4. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de depresión en adultos mayores.....	13
II.3.5. Síntomas físicos de la depresión en el adulto mayor.....	15
II.3.6. Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.....	17
II.3.7. Tratamiento de depresión en el adulto mayor.....	18
II.3.8. Pronóstico.....	20
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
IV. JUSTIFICACIÓN.....	23
V. HIPÓTESIS.....	25
VI. OBJETIVOS.....	26
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	27
VIII. METODOLOGÍA.....	29
IX. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	31
X. ORGANIZACIÓN.....	31
XI. FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO.....	31
XII. RESULTADOS.....	32
XIII. DISCUSIÓN.....	49
XIV. CONCLUSIONES.....	54
XV. SUGERENCIAS.....	56
BIBLIOGRAFÍA.....	57
ANEXOS.....	61

RESUMEN

A partir de los 60 años comienza un nuevo periodo para la vida de una persona, sufrirá crisis y tendrá más tiempo para encontrarse consigo mismo y percibir su realidad. El adulto mayor en un ser socialmente deficiente ya que la soledad y el aislamiento son problemas comunes en ellos. Los factores que precipitan este estado son en general la pérdida del cónyuge, salud, poder adquisitivo, falta de participación en actividades sociales y profesionales; estas situaciones pueden ser peligrosas para la persona de edad avanzada ya que si no logra encontrar la armonía necesaria sucumbirá en una desarmonía psíquica.

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en los adultos de edad avanzada con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. La prevalencia de los síntomas depresivos en el adulto mayor en población abierta oscila entre 15 y 20% y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5%. El anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte, acude un mayor número de veces a los servicios de atención primaria, complica y prolonga la estancia hospitalaria y es una causa común de polifarmacia debido a la alta carga de síntomas físicos que el paciente refiere.

Por desgracia, es difícil que se llegue a establecer el diagnóstico de depresión en los ancianos ya que la presentación en el adulto mayor es atípica, a diferencia del joven, el anciano tiende a expresar mayor número de quejas físicas y minimiza la presencia de ánimo triste.

Es por ello que se realiza el presente estudio descriptivo y transversal el cual aborda la relación que existe entre síntomas físicos y la depresión en los adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD Santa Catarina Tabernillas, Estado de México, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Yesavage 1986) y un cuestionario de síntomas físicos, así como otro para establecimiento de factores de riesgo asociados. Encontrándose que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión, así mismo se registró que los grupos con mayor número de casos de depresión, tendieron a manifestar mayor cantidad de quejas somáticas, aumentando estas de manera proporcional al grado de depresión.

Ya que la relación entre síntomas físicos y depresión en los adultos mayores es estrecha, es importante sensibilizar a la población y al personal de salud en la detección oportuna de un padecimiento modificable si se establece un diagnóstico y tratamiento adecuados ya que ello mejora la sintomatología, el funcionamiento físico y la calidad de vida del adulto mayor.

DEDICATORIA

*A mis PADRES, por su dedicación y sacrificio al regalarme, entre otras
valiosas experiencias, esta invaluable herencia.*

*Gracias a su buen ejemplo y amor, logro terminar la
construcción de este peldaño y que, de la misma forma, me
alientan a realizar y a superarme aún más.*

Los amo y les ofrezco: mi eterno agradecimiento.

A mi HERMANA, por el gran amor y orgullo que siento hacia ella.

A mi ABUELA, por demostrarme siempre su bondad y cariño.

A mi AMOR.

*Agradezco la especial atención y apoyo de
mis directoras, revisoras y revisor de tesis.*

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (1)

El envejecimiento es un proceso evolutivo gradual y multidimensional. Por otro lado, puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, sociológico y material. En el abordaje de la problemática de salud en el anciano, la correcta atención a la participación de factores psicosociales en el curso de la misma suele ser factor crítico y determinante de su ulterior evolución. Los servicios de salud y los servicios sociales deben reaccionar ante estas realidades, integrando el diagnóstico y el proceso de evaluación y asistencia geriátrica global en los sistemas de tratamiento y rehabilitación. La ausencia de tal integración tendrá por consecuencia, a la vez, sufrimientos inútiles y una prolongación del estado de dependencia entre los ancianos enfermos. (2)

El comportamiento demográfico ha cambiado a favor de la sociedad, mostrándose en una baja de la mortalidad, el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida en la población. Los cambios en la estructura de edad de la población tienen consecuencias económicas y sociales diversas, y plantean, particularmente, nuevas exigencias en los sistemas de seguridad, atención médica y previsión social. Según la OMS, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. (3, 4)

Existe un grado cada vez mayor de reconocimiento del hecho de que la depresión en el anciano constituye un enorme problema de salud pública. Entre el 5% y el 15% de los adultos de edad igual o superior a 60 años sufren depresión, lo cual se asocia a deterioro funcional, aumento de los costes de salud, y, posiblemente, a un aumento de la mortalidad. Existen datos recientes de que el tratamiento psiquiátrico y psicológico adecuado no sólo mejora los síntomas depresivos, sino también, algunas de las consecuencias negativas asociadas, como el deterioro de la calidad de vida asociada a la salud. (5)

La depresión en las personas mayores se encuentra directamente relacionada con el aislamiento social, de manera que un contacto más estrecho con hijos o nietos puede contribuir a aminorarla en gran medida y a prevenir de esta manera las consecuencias negativas de la depresión; por ejemplo, el suicidio. Dado que se trata de una entidad clínica con una alta tasa de respuesta al tratamiento, y que en la actualidad permanece mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana residente en la comunidad, se trata de un objetivo idóneo para aplicar programas preventivos. (5)

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

II.1. Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (6)

La OMS define al envejecimiento como: "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos en que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos de forma diferente" La Organización de las Naciones Unidas consideran "anciano" a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. (7)

II.1.1. Antecedentes epidemiológicos del adulto mayor

Según cifras del Censo de Población y Vivienda, INEGI 2010, la población total de nuestro país es de 112, 336, 538 habitantes, de los cuales 57, 481, 307 son mujeres y 54, 855, 231 son hombres. Asimismo la población de adultos mayores de 60 años es de 10, 055, 379 habitantes, lo cual corresponde al 8.8% del total de la población mexicana de acuerdo a la distribución por edad y sexo. (8)

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2,000 millones en el transcurso de medio siglo. (4)

Hay dos grupos de ancianos; los que tienen entre 60 y 69 años que son independientes, tanto económica como socialmente, hasta en un 90% cuyas necesidades suelen ser

solventadas incluso de forma individual. Por otra parte, se encuentran los mayores de 70 años, y particularmente los que rebasan los 85, en quienes el porcentaje de dependencia en todos los órdenes es mayor, con enfermedades ya evidentes que producen discapacidad, son más frágiles cada vez; por lo tanto, las necesidades de atención no son resueltas y las familias no tienen la infraestructura necesaria para dar respuesta a ellas, ocurriendo lo mismo con la sociedad en general. (9)

II.1.2. Envejecimiento de la población

La transición demográfica se entiende como el paso de “un régimen demográfico en equilibrio, constituido por altos niveles de mortalidad y fecundidad, a una nueva fase de equilibrio con baja mortalidad y fecundidad”. El factor que más contribuye a las modificaciones en la estructura de edades es la fecundidad. En América Latina, en contraste con otras regiones de países desarrollados, este proceso se dio de manera acelerada, con características propias y con consecuencias diversas sobre la sociedad. Al respecto, la segunda mitad del siglo pasado presentó cambios notables. En la región, entre 1950 y 2000 la mortalidad cayó de una tasa de 15.8 a 6.2 muertes por mil habitantes, periodo en el que la fecundidad pasó de una tasa global de 6 a 2.8 hijos por mujer en edad reproductiva, y la esperanza de vida ganó 20 años, al pasar de 51.8 a 70.6 años. Fue un periodo extraordinario de cambios demográficos. (3)

De la mano de la transición demográfica viene la transición epidemiológica, definida como la disminución de las patologías infecciosas y el surgimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como resultado del envejecimiento de la población. (10)

Las personas mayores presentan un incremento en su vulnerabilidad causada por la edad, las enfermedades crónicas, el desgaste fisiológico, así como por diversas situaciones de postergación, la soledad es un ejemplo de ellas, frecuentes hospitalizaciones, patologías con tendencia a la cronicidad y una mayor frecuencia de enfermedades oncológicas. Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad avanzada mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías. (11, 12)

La transición de la salud como producto de la relación entre la transición demográfica y la epidemiológica, ha generado cambios en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad de las personas ancianas en el país y en el mundo, ya que son las enfermedades crónicas discapacitantes las más prevalentes. Entre éstas se destacan las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular), la diabetes mellitus, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad

músculo- esquelética (artritis y osteoporosis) y enfermedades mentales (principalmente demencia y depresión). Lo anterior nos reafirma la importancia de trabajar sobre los factores protectores y de riesgo en la población. (10, 13)

II.1.3. El adulto mayor en la comunidad de Santa Catarina Tabernillas

La localidad de Santa Catarina Tabernillas pertenece al municipio de Almoloya de Juárez en el Estado de México; localizada a 41km de la ciudad de Toluca (aproximadamente a 45min.). Es un área considerada aún rural, la cual se encuentra conformada por un total de 4,211 habitantes. El 95% los habitantes cuentan con luz eléctrica en sus hogares; el alumbrado público es aun escaso considerando el gran crecimiento de esta localidad. En la comunidad no se cuenta con sistema de drenaje ni alcantarillas, solo algunas personas cuentan con letrina; el agua en la comunidad está presente en diversas formas de almacenamiento, desde los ojos de agua y manantiales hasta pozos y tanques.

La población geriátrica en esta comunidad está representada por el 8.01% del total de la población. La mayoría de ellos no cuentan con un empleo estable, no son pensionados o solo están confinados a actividades en el hogar. Los ancianos en la comunidad están de manera directa bajo los cuidados de los hijos y en segundo lugar por las suegras o los yernos, en última instancia el anciano vive solo, siendo visitado de manera ocasional por cualquiera de sus familiares ya sea para proveer sustento o solo como compañía al centro de salud u otros sitios específicos sin salir de la comunidad.

De acuerdo a cifras de morbilidad registradas en el periodo que correspondió a Julio de 2011 – Junio 2012, los trastornos musculo esqueléticos fueron la primera causa de demanda en la consulta de primera vez y subsecuente en población geriátrica de la comunidad, con un total de 10.2% del total de consulta externa, seguido de dermatitis no especificadas (9.9%), colitis y gastroenteritis no infecciosas (9.4%), gastritis y duodenitis (7.4%), cefaleas (6.9%), vaginosis y vaginitis (4.1), dispepsia (2.1%) y trastornos articulares (1.6%). (14)

II.1.4. Teorías del envejecimiento

Existen muchas teorías que intentan explicar el proceso del envejecimiento con fundamentos experimentales sólidos, tal cual ocurre con las que se refieren a la producción de anticuerpos como resultado de la disminución de la capacidad del aparato inmunocompetente para discriminar entre los elementos propios de los extraños.

En la teoría que considera que el envejecimiento es producto de la programación genética particular de cada persona se incluyen las que nos hablan de las mutaciones somáticas a expensas del ambiente con sus agentes agresores de diversa índole.

Respecto a la teoría que involucra los radicales libres como causales del proceso de envejecimiento, se ha encontrado que los especímenes longevos, tienen una mayor actividad de la enzima superóxido dismutasa que se sabe condiciona un mejor manejo de estos radicales conduciendo así, probablemente a mecanismos que favorecen una mayor sobrevivencia. (9)

II.2. Depresión

II.2.1 Generalidades

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (15)

Según el Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales (DSM- IV TR) la característica esencial de un episodio depresivo mayor es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluyen cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. (16)

Cada dimensión depresiva se refiere centralmente a una agrupación sintomatológica y al mismo tiempo a una clave etiológica. Sus síntomas prevalentes habituales son psicológicos, con el acompañamiento de síntomas somáticos funcionales en segundo plano. En los cuadros depresivos, el primer plano clínico está ocupado con frecuencia por datos somáticos, como dolores, fatiga, etc. Se halla presente desde los antiguos griegos que hablaban de *pneumation* (aliento vital) hasta Ortega y Gasset (1988) que reflexionaban sobre el estrato humano de la vitalidad, la depresión (del latín *deprimere*, disminuir o hundirse) toma así el significado de un hundimiento vital global o parcial. (17)

Existen varios tipos de trastornos depresivos; en general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad: leve, moderada o grave. Los trastornos más comunes que

vemos en el tratamiento son el trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distímico. El trastorno depresivo grave, también llamado depresión grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de actividades que antes resultaban placenteras (DSM-IV-TR, 2000). La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión grave puede ocurrir una sola vez en el curso de la vida de una persona, pero generalmente ocurre de vez en vez, durante toda su vida. El trastorno distímico, también llamado distimia, se caracteriza por sus síntomas menos graves y de larga duración (dos años o más). Los síntomas menos graves pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona y su enfermedad en particular; no sólo los médicos, sino también los pacientes, suelen tener dificultades para identificar los síntomas. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos. Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban. (18)

La depresión no solo complica la calidad de vida de la persona que la padece, sino de todo un sistema social, al haber incapacidad funcional para realizar actividades que comprometen diferentes áreas como el trabajo, la familia, etc. La depresión puede ser la expresión final de factores genéticos (alteraciones de neurotransmisores), problemas de desarrollo (problemas de personalidad, acontecimientos adversos de la infancia), o estrés psicosocial (divorcio, desempleo). Con frecuencia se presentan en forma de quejas somáticas (físicas) con resultados negativos de exámenes médicos. Aunque la tristeza y el dolor son respuestas normales a la pérdida, la depresión no lo es. Los pacientes que experimentan un duelo normal tienden a producir simpatía y tristeza en el cuidador médico, la depresión a menudo produce frustración y la irritación del clínico. El dolor suele ir acompañado de una autoestima intacta, mientras que la depresión se caracteriza por un sentimiento de culpa e inutilidad. (19)

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (SS, 2007), describe que la depresión es la principal causa de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres, superando incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y enfermedades

isquémicas del corazón. En hombres ocupa el noveno lugar, sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías, frecuentemente vinculadas con el ánimo deprimido. (20)

II.2.2. Frecuencia de depresión

La depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando a alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. Está considerada como la quinta causa generadora de discapacidad, entre todas las enfermedades: siendo responsable del 4.4% del total de las AVAD (años de vida ajustados en disfunción de la discapacidad) y es la causa principal de las APD (11.9% del total <<Ausencias por discapacidad>>). Se estima que para el año 2020 la carga de depresión aumentará al 5.7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, solo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En los países desarrollados, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad. (20)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 concluyó que la prevalencia de depresión en adultos mexicanos en el año anterior a la aplicación de la encuesta, fue de 4.5% (ocupando el quinto lugar de los trastornos afectivos) con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5%. (21)

II.2.3. Factores de riesgo de depresión

Los individuos en alto riesgo son aquellos, que presentan: insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos múltiples o inexplicados, enfermedad médica crónica, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredofamiliares para un trastorno del estado de ánimo. (20)

El hecho sorprendente de que factores causales de órdenes tan distintos entre sí como la genética, la situación vital, o la patología somática convergen en la determinación del síndrome depresivo, se explica por su coincidencia en provocar la movilización de una serie de mecanismos neurobiológicos en cascada que asumen el papel de factores patogénicos, o sea agentes causales inmediatos. (17)

La depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo, el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional. (20)

II.2.4. Fisiopatología de la depresión

La patogenia depresiva está integrada por una cadena de manifestaciones neurobiológicas que afectan a la neuroquímica, la neurofisiología, la neuroendocrinología y la neuroinmunología, y culmina en impactar sobre la plasticidad y la morfología de la población neuronal del hemisferio cerebral izquierdo (ya que cuenta con menos conexiones interneuronales), con sede en el sector dorsolateral del lóbulo prefrontal, la porción cingulada anterior, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo. (22)

Los mecanismos patogénicos de la depresión se inician a partir del descenso del nivel funcional de las vías neurotransmisoras de la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, con la complicidad de la exaltación glutamatérgica, colinérgica o melatonérgica, fuerzas convergentes en provocar disfunción hipotalámica, automáticamente extendida al bloque hipotálamo-hipofisario y al sistema inmune (cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol y citocinas proinflamatorias). Una vez que se produce el descenso en el suministro de las proteínas tróficas, se deteriora la plasticidad sináptica y el trofismo de las neuronas y su arborización dendrítica. Lo anterior predispone a un mayor riesgo de recaídas. (22)

II.2.5. Características clínicas generales de depresión

El episodio depresivo mayor es una patología del estado de ánimo. “El mundo del paciente depresivo es siempre peculiar o único. Aquí luce más que en ningún otro sector clínico el lema <<no hay enfermedades sino enfermos>>.”

El mundo depresivo completo con el método fenomenológico estructural, se distribuye en cuatro dimensiones: el humor anhedónico, la anergia o carencia de impulso de acción, la discomunicación o falta de sintonización interpersonal y espacial, y la ritmopatía o desregulación de los ritmos circadianos. (17)

Por definición, un episodio depresivo mayor no es debido a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de los medicamentos o a la exposición a tóxicos. Así mismo, no es debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica explicable. (16)

II.2.6. Diagnóstico de depresión

Hasta el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico (APA, 2002). Por lo que los estudios clínicos y epidemiológicos, utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica. En el caso del primer nivel de atención, es suficiente corroborar los síntomas enlistados por la Clasificación

Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) o los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), enlistados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su versión IV (DSM-IV). (20)

-Relación con los criterios diagnósticos de investigación de la CIE-10-

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 mencionan diez síntomas, a diferencia del DSM-IV (donde la pérdida de autoestima constituye un síntoma diferente del sentimiento inapropiado de culpabilidad). La CIE-10 contiene criterios diagnósticos distintos para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Además, el algoritmo diagnóstico también es distinto, ya que la CIE-10 requiere la presencia de al menos 2 de los 3 síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida del interés y pérdida de energía, para los episodios depresivos de carácter leve y moderado, y los 3 síntomas para los episodios graves. La definición de la CIE-10 de los episodios con síntomas psicóticos excluye la presencia de síntomas de primer nivel y delirios extraños. (16)

Criterios para el episodio depresivo mayor (DSM IV-TR)

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: no incluir los síntomas que no son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p.ej., se siente muy triste o vacío) o la observación realizada por otros (p.ej., llanto). Nota: en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p.ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
 - C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos o directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p.ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. (16)

II.2.7. Instrumentos de evaluación de la depresión.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK: Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. (23)

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (EDH): La Escala de Depresión de Hamilton (EDH), evalúa el estado depresivo, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión, y síntomas de ansiedad comórbida. Provee síntomas de depresión publicados en el DSM-IV, con las excepciones de hipersomnia, apetito aumentado y concentración/indecisión. Tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica. (24)

PRUEBA DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA): La prueba o criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), está constituida por los siguientes criterios: 1. Estado de ánimo (tristeza), 2. Notable disminución del interés, 3. Aumento o disminución del apetito, 4. Alteraciones del sueño, 5. Agitación o enlentecimiento psicomotor, 6. Anergia (Pérdida de la vitalidad), 7. Sentimiento de culpabilidad o

inutilidad, 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y 9. Idea recurrente de muerte o suicidio. (24)

ESCALA DE DEPRESIÓN DE MONTGOMERY ASBERG: La Escala de depresión de Montgomery Asberg, es una escala heteroaplicada publicada en 1979, evalúa los síntomas y al gravedad de la depresión con puntos obtenidos a partir de la Escala de Comprensión Psicopatológica. Los puntos incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. (23)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (GDS): Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés: *Geriatric Depression Scale*), creada por Yesavage, et al. (1982), ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario abreviado (Escala de Depresión Geriátrica, Yesavage 1986), que consiste de 15 preguntas. Para la versión abreviada, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión grave. El cuestionario GDS Abreviado (Yesavage 1986); resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. El GDS Abreviado (Yesavage 1986); puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo leve o moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo. (25)

Como conclusión, las escalas más empleadas en los trabajos de investigación de la depresión son: Escala de depresión de Beck, Escala de Montgomery Asberg y la Escala de Hamilton; siendo para la población geriátrica la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada, 1986. Estos instrumentos nos permiten realizar una monitorización sintomática, evalúan la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. La Escala de depresión de Hamilton y Montgomery Asberg, al tener mayor carga de síntomas somáticos, son de difícil evaluación en pacientes con patología médica, frente a la Escala de depresión de Beck que evalúa de forma predominante los aspectos cognitivos de la depresión. (23)

II.3. Depresión en geriatría

II.3.1. Generalidades

La depresión es el problema mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años. En la actualidad se considera un problema de salud pública, con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. El anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte; acude mayor número de veces a los servicios de atención de primer nivel, y en aquellos que se encuentran hospitalizados, con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención. (26)

La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos. Al mismo tiempo suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida. (27)

II.3.2. Datos epidemiológicos de depresión en adultos mayores

La prevalencia de los síntomas depresivos en el adulto mayor varía de acuerdo con la definición utilizada. En población abierta la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20% y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5%. En pacientes hospitalizados en salas de cuidados agudos, la prevalencia de síntomas depresivos y de depresión mayor aumenta de 20 a 30% y de 10 a 15% respectivamente. En pacientes institucionalizados la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40% y de depresión mayor de 12 a 16%. (26)

La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resulta significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales. García-Peña et al. (2008), realizó un estudio en 7, 449 adultos mayores en la Ciudad de México, y notó una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con lo cual concluyó que 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos presentan síntomas de depresión mayor. (18)

II.3.3. Etiología de depresión en adultos mayores

Cumplir 60 años significa entrar en un nuevo periodo del ciclo vital. Según el consenso general, en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que se sesionó en Viena en 1982, comienza un nuevo periodo para la vida de las personas: sufre crisis, tiene tiempo para encontrarse a sí mismo y percibir su realidad y es entonces cuando comienza a tomar

conciencia de que su vida está cambiando, además de experimentar cambios físicos que surgen en él. Por otra parte, el anciano es un ser socialmente deficiente, en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (familiares, amigos, actividad y prestigio profesional). Esta situación puede ser peligrosa para la persona de edad ya que si no logra encontrar la armonía necesaria, su nueva etapa de vida le conducirá a una desarmonía psicológica sucumbiendo dentro de los trastornos depresivos. (9, 28)

En la edad tardía tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos. El efecto combinado de la comorbilidad, sobre todo neurológica, la alteración de neurotransmisores, la disfunción del eje hipotálamo- hipófisis-adrenal, alteraciones en los ritmos circadianos, el efecto de fármacos y los eventos estresantes en la vida del anciano (pérdidas, mala red de apoyo familiar, etc.) ha sido involucrado en su etiología; sin embargo, el papel exacto de cada uno de ellos permanece incierto. (26)

Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativas, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad; por el contrario, los adultos mayores con ausencia o mala calidad de estos lazos afectivos se ven afectados, cediendo así ante la enfermedad, por lo cual el apoyo social marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo o no. (29)

II.3.4. Manifestaciones clínicas de depresión en adultos mayores

En ausencia de enfermedades concomitantes o deterioro cognitivo, la forma de presentación de la depresión en el anciano no difiere con respecto a la del adulto joven. Sin embargo, el anciano a diferencia del joven, tiende a expresar mayor número de quejas físicas (somáticas) y minimizar la presencia de ánimo triste; con frecuencia presenta síntomas hipocondríacos (hasta en 65%), cambios en el apetito, pérdida de peso, fatiga, retardo psicomotor, adinamia, disminución importante en la motivación y el placer por las actividades (anhedonia) y alteraciones en el patrón del sueño. A pesar de que varias de estas manifestaciones no se incluyen como criterios de depresión mayor, si tienen importante repercusión clínica: condicionan mayor morbilidad, deterioro en la funcionalidad, acortan la supervivencia y disminuyen la calidad de vida. (26)

Los estados depresivos son los grandes causantes de reacciones suicidas ya que en todo deprimido existe un suicida en potencia. El riesgo de suicidio es más grande en adultos mayores hombres que en mujeres. Se sabe que muchos de ellos sufren de alguna enfermedad depresiva que los médicos no fueron capaces de detectar, ya que un

porcentaje relevante de estas víctimas de suicidio a menudo visitaron a sus médicos en el mes anterior a su muerte. (18, 29)

Se dice que hay depresión siempre que aparezca un fallo en el tono neuropsicológico, ya sea pasajero o perdurable. Se trata de un estado sintomático y no de una situación inherente. La depresión puede variar desde un ligero abatimiento hasta el estupor; en su forma más ligera, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales. En la depresión un poco más profunda hay una constante tensión desagradable; cada experiencia se acompaña de pena, y el enfermo puede estar temeroso, preocupado, angustiado, agitado o perplejo y padecer sufrimiento físico o emocional. Las dolencias corporales, tales como cefalea, fatiga, falta de apetito, constipación y otras son muy comunes, así como insomnio, ideas de culpa y autoacusación, y aparece la idea del suicidio. La expresión facial característica es de decepción, desesperanza y temor; las comisuras bucales se inclinan hacia abajo y la mirada permanece fija. Los grupos de músculos antagonistas muestran cierto desequilibrio, con contracción ligera de flexores y abductores, de tal manera que aparece la llamada "actitud de flexión" de la depresión. Los movimientos se ejecutan lentamente. La mayoría de los adultos mayores conservan casi intactas sus facultades mentales; solo muy pocos muestran deterioro en su función cognoscitiva. Sin embargo, es un hecho que las enfermedades demenciales son más frecuentes conforme aumenta la expectativa de vida. (29)

Rasgos diferenciales de la depresión en los ancianos

Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados

Con mayor frecuencia ocurre agitación y ansiedad

Mayor irritabilidad

Mayor pérdida del apetito

A menudo cursa con elementos paranoides

Marcada somatización e hipocondría

Mayor riesgo de suicidio

Insomnio intenso

Alteración de la función cognoscitiva

Mayor riesgo de evolución a demencia

Pérdida de peso marcada

Mayor riesgo de cronicidad

Retardo psicomotor

Alteración en el funcionamiento en general

(26)

II.3.5. Síntomas físicos de la depresión en el adulto mayor.

La depresión mayor es una enfermedad caracterizada por la presencia tanto de síntomas mentales como físicos (somáticos), los cuales afectan en forma significativa los procesos diagnósticos y terapéuticos así como el pronóstico.

La relevancia dada a los síntomas físicos (somáticos) en la depresión mayor y otros trastornos psiquiátricos es relativamente reciente. La dicotomía mente-cuerpo, conceptualizada por el filósofo del siglo XVII René Descartes, y que establecía una separación de la mente (espíritu) y el cuerpo (materia), dio paso a la separación entre lo que se llamaba "salud mental" y "salud física". Esta dicotomía ha estado presente desde los albores de la psiquiatría y persiste aún a pesar de los avances en el siglo XX que han probado las interrelaciones entre la salud mental y la salud física. Esta diferenciación persistente entre ambas, ha dificultado la evaluación integral de la expresión fenotípica de la depresión mayor. Sin embargo, el reconocimiento de los síntomas físicos (somáticos) como parte esencial del diagnóstico de la depresión mayor y otras condiciones psiquiátricas viene siendo mencionado desde hace ya varias décadas. Kellner y Sheffield (1973), encontraron que los pacientes psiquiátricos frecuentemente exhibían síntomas físicos (somáticos) asociados a los que se consideraban propiamente psiquiátricos. Los más comunes eran cefalea, desmayos, debilidad generalizada, dolores articulares, etcétera. Esto puede explicarse por el hecho que los trastornos psiquiátricos son reflejos de cambios físicos en el cerebro y estos cambios a menudo desencadenan cambios físicos en otras partes del cuerpo también.

Los sistemas de clasificación diagnóstica se han enfocado mayormente en los criterios emocionales del trastorno depresivo mayor (ánimo depresivo, disminución del interés o placer, sentimientos de desesperanza y culpa excesiva). Para el Manual de Clasificación Diagnóstica de las Enfermedades Mentales (DSM- IV TR) y más recientemente, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), los síntomas cardinales de la depresión son: ánimo depresivo y la pérdida de interés o placer. Sin embargo, otros síntomas han adquirido relevancia en las últimas versiones de estos sistemas de clasificación y han llegado a ser considerados como signos clásicos de la condición; tal es el caso de las alteraciones del sueño y el apetito. Sin embargo, los síntomas físicos en pacientes con depresión, no se limitan a cambios en el apetito y el sueño, y muchos síntomas dolorosos, y otras quejas físicas vagas no dolorosas no son consideradas aún como criterios diagnósticos de la condición. Manifestaciones físicas no dolorosas como fatiga, debilidad, quejas múltiples vagas y amplificadas, problemas músculo-esqueléticos no específicos, sensaciones de peso o ligereza en al menos una parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareos, alteraciones del sueño

y el apetito, poliuria y manifestaciones dolorosas como dolor articular, dolor lumbar y cefalea, se han asociado significativamente a un diagnóstico del trastorno depresivo mayor en estudios con médicos de atención primaria.(30)

Al sugerir los anteriores una causa física, conllevan a múltiples estudios, consultas e incluso intervenciones médicas riesgosas, sin diagnosticarse la causa depresiva. Una investigación realizada en adultos mayores, señaló que este grupo de edad no evidenció la depresión con sus síntomas clásicos (tristeza, llanto fácil, labilidad afectiva, entre otros), sino que se presentaron con más frecuencia síntomas físicos (somáticos) y de hipocondría. Se estima que en atención primaria, el 50% o más de los pacientes que son diagnosticados con depresión mayor, consultan por molestias somáticas y no por los clásicos síntomas afectivos y/o cognitivos de la depresión. (31,32)

La consecuencia principal que trae consigo la presentación de síntomas físicos en el paciente deprimido, es que dificultan el diagnóstico y retrasan el inicio del tratamiento antidepressivo en adulto mayor. Se ha observado que la tasa de depresión disminuye en los pacientes mayores de 60 años de edad en comparación con adultos jóvenes, lo anterior puede deberse posiblemente a varios factores, entre los cuales destaca la presentación “atípica” de la depresión en el anciano que por consiguiente dificulta el diagnóstico, siendo estos síntomas tratados como parte de una condición médica diferente y retrasando así la terapéutica oportuna en el campo referente a la salud mental. (31,33)

La presencia de síntomas físicos en pacientes con depresión, parece no depender de factores socioeconómicos como el género, el nivel de ingreso, el nivel educativo o la edad. Los síntomas físicos por lo tanto, han sido descritos como parte de un idioma cultural de los trastornos afectivos que, de ser malinterpretado por el clínico, puede llevar a procedimientos diagnósticos innecesarios o a un tratamiento inadecuado. Estudios con pacientes con depresión mayor tratados en un ambiente de cuidado primario muestran que los síntomas físicos y ansiosos a menudo no se asocian al diagnóstico de depresión por parte del clínico. (30)

De esta relación y sus corolarios teóricos surge el término de *depresión enmascarada*. Por este término se entiende la manifestación de un trastorno depresivo fundamentalmente mediante síntomas físicos, siendo éstos más intensos y graves que los síntomas psicológicos, quedando los síntomas emocionales y cognitivos atenuados, ocultados o negados. Ello da lugar, para los autores que defienden esta conceptualización de la somatización, a la presencia de trastornos depresivos que generalmente no son diagnosticados, y por consiguiente quedan sin tratamiento en un marco de atención a la salud mental. (34)

II.3.6. Diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

Con base en la epidemiología de los síntomas afectivos, se han elaborado instrumentos auxiliares para el diagnóstico de la depresión en esta población. Entre los instrumentos más utilizados, se encuentra la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (Yesavage 1986-GDS por sus siglas en inglés), un instrumento cuya versión breve se puede aplicar en el consultorio en cinco minutos. (26)

En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de la Escala de Depresión Geriátrica para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta. La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89%. Con la aplicación de la escala de Yesavage de 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene depresión mayor (García Peña C. 2008). La misma prevalencia se encontró con la versión corta de 15 reactivos (versión abreviada) en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos. (35,36)

El cuestionario en su versión original fue diseñado para ser autoaplicado, sin bien se admite también su aplicación heteroadministrada, leyendo las preguntas al paciente y comentándole que la respuesta no debe ser muy meditada; en este caso el entrevistador no deberá realizar interpretaciones sobre ninguno de los puntos. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria con el fin de anular, en lo posible, tendencias a responder en un solo sentido; el marco temporal se debe referir al momento actual o durante la semana previa. Su contenido se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Es importante realizar una evaluación del estado mental, para determinar los desórdenes perceptuales que pueden resultar de la depresión (tales como ilusiones o alucinaciones) y agitación o retraso psicomotor. Para la realización del examen mental se recomienda la Escala Mínima del Estado Mental de Folstein que tiene una alta especificidad entre los ancianos. (9, 37)

El GDS, se ha desarrollado para dar un acercamiento fácil y simple en la detección de depresión en adultos mayores. La ventaja de éste instrumento, es que no evalúa a propósito los síntomas físicos (somáticos) de la depresión para no elevar la puntuación inadvertidamente, atribuyendo los síntomas de la enfermedad médica a la depresión. Un riesgo en este enfoque es que la escala podría subestimar los casos de depresión excluyendo sistemáticamente los síntomas de la depresión que son físicos. Nuestros datos sugieren, sin embargo, que tanto la sensibilidad y la especificidad del GDS están dentro de los rangos aceptables para el diagnóstico adecuado de la depresión. Además, la exactitud de la GDS-15 (Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage) no está influenciada

por la gravedad de la carga médica, la edad u otras características socio-demográficas, incluso en una población de pacientes medicamente enfermos y/o discapacitados. (28)

II.3.7. Tratamiento de depresión en el adulto mayor

Se calcula que tan solo uno de cada tres individuos con problemas depresivos acude al médico por un tratamiento oportuno. En muchos casos la depresión no se identifica como una enfermedad, sino como un proceso personal ligado al carácter. (38)

Sin tratamiento, la depresión en el anciano se convierte en un padecimiento crónico que de forma independiente impacta en la morbilidad y mortalidad. La piedra angular en el manejo de la depresión mayor es el tratamiento farmacológico. La farmacoterapia es capaz de mejorar los síntomas depresivos hasta en 80% de los casos, con independencia del tipo de antidepresivo utilizado. Esta opción de tratamiento requiere de cuidados especiales debido a la alta susceptibilidad que tienen los pacientes ancianos para presentar efectos adversos. Los objetivos del tratamiento son: adquirir la remisión completa de los síntomas depresivos, prevenir la recaída, evitar la recurrencia, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del adulto mayor. (26)

El tratamiento incluye psicoterapia, medicamentos y terapia electroconvulsiva. La elección del tratamiento depende de muchos factores, incluyendo el problema primario que causa la depresión, la gravedad de los síntomas, la disponibilidad de las diversas opciones y los trastornos subyacentes que pudieran contraindicar una forma específica de tratamiento (déficit visual o auditivo, cardiopatías que contraindicaran el uso de ciertos medicamentos). (9)

La terapia generalmente resulta en la mejoría de la calidad de vida y de la capacidad funcional, así como de la salud, longevidad y disminución en los costos de servicios de salud. La mejoría de los síntomas debe ser evidente a las dos semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva. El tratamiento en la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo mayor y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal. (36)

1. **Medicamentos:** Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro llamadas neurotransmisores, principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Estas sustancias químicas participan en la regulación de los estados de ánimo y si ocurre entre ellas algún desequilibrio, pueden resultar trastornos depresivos. (18)

El inicio del tratamiento antidepresivo en el anciano debe ser gradual, es decir, se debe iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante la primera

semana, posteriormente y de acuerdo con la respuesta y presencia de efectos secundarios, se debe incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima. El uso de medicamentos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (norepinefrina) (ISRN), duales y anfebutamona (Bupropion), son buenas opciones de tratamiento para la mayoría de los pacientes ancianos deprimidos. La seguridad y perfiles de efectos colaterales de los ISRS, los hacen los medicamentos de elección en el tratamiento farmacológico de la depresión mayor en el paciente geriátrico; son mejor tolerados por los pocos efectos sedantes y colinérgicos comparados con los ATC. Se sabe que el potencial de sobredosis fatal es significativamente más bajo con los ISRS que con los antidepresivos tricíclicos (ATC). La tasa de respuesta de los ISRS en la depresión en el anciano es de 55 al 70% con un retraso en el inicio de su efecto de 10 a 20 días; además, su uso mejora el pronóstico de pacientes con enfermedad cardiovascular. La fluoxetina y la paroxetina son los ISRS más propensos a la interacción medicamentosa por la inhibición de otros medicamentos a través del citocromo p450 y son los medicamentos que más fácilmente pueden incrementar los niveles de ATC. La fluoxetina tiene una vida media prolongada que requiere de un periodo de eliminación de hasta 3 meses. En contraparte, los ATC, muestran mayor frecuencia de efectos adversos en comparación con los demás medicamentos antidepresivos. Los efectos secundarios de este grupo de fármacos son mediados por la actividad en los receptores colinérgicos, adrenérgicos e histaminérgicos; es por ello que se relacionan con un alto riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatía isquémica. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), tienen escasa indicación en la terapéutica antidepresiva debido a sus efectos tóxicos e interacciones complejas con otros medicamentos, los fármacos de esta categoría son considerados como fármacos de última línea para tratar la depresión grave a pesar de que son convincentes las pruebas de su eficacia en cuadros distímicos; sin embargo, se pueden observar efecto similares con ISRS. (36, 39)

No se recomienda el tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas, ya que incrementan el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas, dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia; su eficacia no está claramente establecida. (36)

2. Tratamiento no farmacológico:

- a) Terapia electroconvulsiva: Es una opción de primera línea para pacientes con depresión y características psicóticas quienes no respondieron a la farmacoterapia, cuando hay poca tolerancia a los psicofármacos, cuando existe comorbilidad física importante y cuando existe una depresión grave con riesgo suicida o con síntomas

catatónicos o de melancolía importantes. Es seguro, altamente efectivo y con una respuesta antidepresiva rápida. (26, 36)

- b) Psicoterapia: la intervención de psicoterapia sola o acompañada de un tratamiento farmacológico mejora los síntomas de la depresión en el anciano. La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorizados ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados como en la depresión moderada. La combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico es eficaz en la depresión moderada a severa. Se ha observado que la psicoterapia disminuye la severidad de la depresión en pacientes que ya han tenido más de tres episodios depresivos. (26,36)

Actualmente en México, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), en colaboración con el Instituto de Geriátrica, se encuentran realizando pruebas clínicas con terapia cognitivo-conductual, sin el uso de medicamentos, en adultos mayores con depresión moderada. Se utiliza la modalidad de terapia grupal en grupos de adultos mayores que están probando los resultados de esta innovadora terapia. (18)

Las prácticas de medicina complementaria que incluyan acupuntura, yoga, tai-chi son recomendables por su seguridad y eficacia en el tratamiento de la depresión, ansiedad e insomnio. Debe tomarse en cuenta el contexto social y cultural del paciente antes de aconsejar el inicio o suspensión de una práctica de medicina complementaria. (36)

II.3.8. Pronóstico

La depresión es una enfermedad con tendencia a la cronicidad y a la recurrencia. La tasa de recurrencia acumulada se calcula de 30% a dos años y de 85% a cinco años. Factores relacionados con el mal pronóstico incluyen: una larga duración del primer episodio depresivo, las alteraciones cognoscitivas y la comorbilidad física grave. (26)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Argumentación

Se dice que como producto de la transición demográfica, la población mundial está envejeciendo de manera sorpresiva. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Entre las enfermedades discapacitantes más frecuentes entre los ancianos están las enfermedades mentales, de las cuales la depresión es la más frecuente teniendo en cuenta que la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15 y 20% y de trastorno depresivo mayor de 1 a 5% .

Por lo anterior, actualmente se considera a la depresión un problema de salud pública, con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen.

En sí, la depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad debido a la presentación atípica de sus síntomas, es decir, el paciente anciano tiende a maximizar los trastornos físicos y minimiza los cognitivos. Lo anterior deriva en que el médico (y personal de salud en general) no asocia los síntomas físicos (somáticos) a una probable depresión mayor y pasa por alto el diagnóstico con la posible complicación de la patología, aumento en costes de salud y sociales y retraso del tratamiento específico.

El paciente anciano, debido a múltiples factores propios de su edad, se encuentra en la mayoría de los casos en abandono, las familias se enfocan en las relaciones con la gente joven y en satisfacer sus propias necesidades, sin embargo el anciano también forma parte del medio sociocultural en el que nos desenvolvemos. Se ha encontrado una incidencia elevada de consultas de atención primaria de depresión y de padecimientos que no alcanzan un diagnóstico como tal, encontrándose síntomas físicos asociados a la misma cada vez más frecuentes y que muchas veces hacen que el diagnóstico de depresión pase desapercibido por el médico.

Es por ello la necesidad de un trabajo continuo sobre los factores protectores y de riesgo en este grupo poblacional tan vulnerable.

El presente trabajo surge de la inquietud de conocer si existe un aumento en la frecuencia de depresión en los ancianos, misma que se realizará con un cuestionario específico; al igual que, como parte de la investigación, se hace una correlación entre depresión y síntomas físicos asociados a la misma, ya que probablemente los síntomas físicos de dichos pacientes podrían dificultar el diagnóstico de depresión y así poner de manifiesto la necesidad de nuevas estrategias para la detección oportuna de la misma en la población a estudiar, la cual es en específico, la comunidad de Santa Catarina Tabernillas en donde se

encuentra un gran número de ancianos que acuden a la consulta de primer nivel con afecciones físicas, principalmente. Estas afecciones reportadas, solo podrían ser el resultado de cuadros depresivos enmascarados, lo cual, como ya se ha mencionado con anterioridad, puede llegar a aumentar la morbilidad y la mortalidad así como los costos en salud antes mencionados, Es por todo lo anterior que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

2. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que existe entre la depresión y la presentación de síntomas físicos en adultos mayores de 60 años de edad en el Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas en Febrero de 2013?

IV. JUSTIFICACIÓN

El tema de la salud mental en el adulto mayor, ha adquirido importancia como problema de salud pública, en razón de su frecuencia según lo demuestra un estudio epidemiológico efectuado en la ciudad de México donde la prevalencia de padecimientos demenciales se acerca al 5% en los mayores de 60 años y se aproxima al 45% en los mayores de 80; respecto a la depresión, los estudios de prevalencia disponibles actualmente señalan 7.8% para episodios depresivos mayores en población adulta en México.

La frecuencia de las enfermedades mentales en el adulto han ido en aumento, sin embargo se han subestimado debido a la falta de atención a este grupo de edad vulnerable, ya que se suele adjudicar su sintomatología a cambios propios de la edad, no solo por parte del personal de salud, sino por la sociedad en general; lo anterior deriva de la alta comorbilidad con otras enfermedades, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos. Esto ha llevado a una atención primaria deficiente y complicaciones de la patología con diagnósticos tardíos.

Los trastornos mentales en las personas de la tercera edad, en especial la depresión, acarrea consigo costos sociales y de salud, ya que se dice que el anciano con depresión presenta dos a tres veces más probabilidades de muerte; acude mayor número de veces a los servicios de atención de primer nivel, y en aquellos que se encuentran hospitalizados, con frecuencia complica y prolonga la estancia hospitalaria, aumentando así el costo de la atención. Aunado a esto la transición demográfica nos obliga a redirigir el camino en atención primaria hacia el anciano, esto con la finalidad de reducir la atención médica innecesaria y aumentar la que sea oportuna y eficaz. La depresión es una enfermedad que sin una intervención oportuna, es decir, sin un diagnóstico y tratamiento adecuado, tiende a la cronicidad, aumentándose así la incapacidad así como la alta dependencia funcional.

En este caso la población geriátrica en Santa Catarina Tabernillas está representada por el 8.01% de la población total, misma que se correlaciona con la población de adultos mayores a nivel nacional. Las causas de demanda en la consulta externa de enfermedades no transmisibles más frecuentes en este grupo poblacional son afecciones físicas, las enfermedades musculo esqueléticas en primer lugar. Estas patologías probablemente solo sean el resultado de cuadros depresivos que el clínico en atención primaria a la salud no identifique con claridad, debido a que, como ya se ha mencionada, el paciente anciano en la mayoría de los casos, maximiza los síntomas físicos (somáticos) de la depresión y deja de lado los síntomas afectivos clásicos de la misma. Al momento se desconocen los

factores de riesgo a los que podría estar expuesta esta población para el desarrollo de síntomas depresivos.

De lo anterior deriva la importancia de enfocar mayor atención a esta parte tan importante de nosotros como sociedad, como humanos, enfocarse no solo en lo vital sino en lo que nos rodea y así educar a la población para conseguir un beneficio mutuo.

V.HIPÓTESIS

Los síntomas físicos están relacionados con la depresión en adultos mayores de 60 años de edad en el Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas en Febrero de 2013.

VI. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la depresión y síntomas físicos en adultos mayores de 60 años de edad en el CSRD Santa Catarina Tabernillas en Febrero de 2013, Almoloya de Juárez, Estado de México.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de depresión y tipo de síntomas físicos por grupos edad y género en la población estudiada.
2. Identificar la relación entre tipos de síntomas físicos y niveles de depresión.
3. Identificar los principales factores de riesgo que pueden influir en la presentación de depresión en la población estudiada (ocupación, dependencia económica, red de apoyo familiar, comorbilidad).

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL

Límite de Tiempo:

Febrero 2013

Límite de Espacio:

CSRD Santa Catarina Tabernillas en Almoloya de Juárez Estado de México.

Universo de trabajo:

Todos los pacientes mayores de 60 años de edad de ambos géneros que lleguen a control mensual al Centro de Salud Rural Disperso de Santa Catarina Tabernillas en Almoloya de Juárez Estado de México.

Unidad de análisis:

Pacientes de población geriátrica en una unidad de salud específica.

Criterios de inclusión:

Edad mayor a 60 años para ambos géneros.

Pacientes con capacidades físicas y mentales óptimas para contestar los instrumentos de recolección de la información.

Aceptación voluntaria para participar de los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de exclusión:

Edad menor al rango mínimo establecido.

Capacidad cognitiva deteriorada.

La no aceptación en la participación para contestar los instrumentos de recolección de datos.

Criterios de eliminación:

Responder el instrumento de recolección de datos incompleto

Selección de más de una respuesta en cualquiera de los instrumentos

Resultado de demencia grave en la Escala Mínima del Estado Mental de Folstein

Definición de las variables:

Variable independiente: Depresión

Variable dependiente: Síntomas físicos

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

No.	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	INDICADORES	ITEM
1	Depresión	La depresión se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y desánimo, pérdida de la autoestima y ausencia de interés en las actividades usuales	Síntomas caracterizados por tristeza, melancolía, baja autoestima e incluso ideas suicidas	Cualitativa ordinal	Depresión: Leve (5-8 puntos) Moderada (9-11 puntos) Severa (12-15 puntos)	Escala de depresión geriátrica abreviada (Yesavage, 1986) anexo no. 2
2	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido a contar desde su nacimiento ala fecha de realización del estudio.	Cantidad de años, meses y días cumplidos a la fecha de aplicación del estudio.	Cuantitativa	Grupos de edad: 60-64 años 65-69 años 70-74 años 75-79 años 80 y más.	Pregunta en cuestionarios
3	Género	Condición por la que se diferencian en la naturaleza los machos y hembras.	Características fenotípicas que identifican a un hombre y a una mujer.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Pregunta en cuestionarios
4	Síntomas físicos	Los síntomas físicos (somáticos) son aquéllos que se aprecian en el cuerpo.	Síntomas como: trastorno del sueño, pérdida de energía y dolor general, entre otros.	Cualitativa nominal	Manifestaciones físicas no dolorosas (fatiga, debilidad, sensaciones de peso o ligereza en al menos una parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareos, alteraciones del sueño y el apetito, poliuria). Manifestaciones dolorosas(dolor articular, lumbar, muscular y cefalea). Respuestas dicotómicas (SI/NO)=Presencia o ausencia.	Cuestionario para síntomas físicos de la depresión. ANEXO No 3

VIII. METODOLOGÍA

Instrumentos de investigación utilizados:

1. Escala de depresión geriátrica abreviada (Yesavage, 1986).
2. Escala Mínima del Estado Mental de Folstein.
3. Cuestionario para síntomas físicos de la depresión.
4. Cuestionario para recopilación de datos generales.

Diseño del estudio:

Se solicitó la autorización por escrito a las autoridades administrativas del Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas para tener acceso a los pacientes mayores de 60 años de edad de ambos géneros. Una vez obtenido el permiso, se aplicó el cuestionario a todos los pacientes considerando adultos mayores de 60 años de edad que acuden al Centro de Salud en el periodo de estudio, se informó de manera verbal en que consistía la investigación, una vez con la autorización, se procedió a la aplicación de los cuestionarios a cada paciente, primero se evaluó el estado cognitivo de cada sujeto a estudiar con la escala mínima del estado mental, ya que el cuestionario para depresión requiere la valoración de dicho estado para su aplicación adecuada y así evitar menos errores en su interpretación. Consta de 30 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. (ANEXO 1)

Habiendo hecho tal valoración, se procedió a la aplicación de cuestionarios de depresión y síntomas físicos de la depresión a los pacientes sin deterioro cognitivo grave los cuales fueron 152; dichos cuestionarios se recopilaron por el investigador para su posterior análisis estadístico de los resultados.

Para el diagnóstico de depresión, se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada (GDS, Yesavage 1986) la cual es un cuestionario corto que consiste de 15 preguntas. Las respuestas del GDS se introdujeron en programa Excel en donde se obtuvo la puntuación necesaria para clasificar los grados de depresión (leve, moderada, grave). (ANEXO 2)

El cuestionario para recopilar la información de síntomas físicos reúne los que con mayor frecuencia se presentan en la depresión, el cuestionario se contestó con respuestas dicotómicas para su mejor comprensión por parte de la población a estudiar e indicaron solo la presencia o ausencia de tales síntomas. El cuestionario consta solo de 14 síntomas físicos que se dividen en 2 grupos: manifestaciones no dolorosas y dolorosas; se solicitó contestar de acuerdo a los síntomas presentados en las últimas 2 semanas, esto con el objetivo de que el paciente recuerde lo mejor posible sus afecciones, además de ser el

tiempo mínimo establecido para el diagnóstico de depresión mayor, ya que se buscó la asociación de tales síntomas físicos con dicha patología. (ANEXO 3)

Por último, cabe señalar que como parte de la investigación, se realizó un cuestionario de datos generales para identificar edad, sexo y escolaridad que ayudaron a la previa aplicación de los instrumentos de investigación ya mencionados; además con lo anterior también se hallaron factores de riesgo probablemente asociados a la depresión, tal es el caso de comorbilidad, independencia o dependencia económica, ocupación, red de apoyo familiar (ayuda para cualquier necesidad, ayuda para atención médica, apoyo para la alimentación, recepción de cariño, convivencia familiar en el día), etcétera. (ANEXO 4)

Material:

Papelería, computadora, procesador Word, Excel, Power Point.

Análisis estadístico:

Se utilizó software estadístico (EXCEL). Los resultados se manejan en porcentajes. Se utilizó una estadística descriptiva.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2013

ACTIVIDADES	MESES	LUGAR
1. APROBACIÓN DE PROTOCOLO	FEBRERO 2013	Facultad de Medicina UAEMex. Departamento de evaluación profesional.
2. RECOPIACIÓN DE DATOS	FEBRERO 2013	CSRD Santa Catarina Tabernillas, Almoloya de Juárez, ISEM.
3. ANALISIS DE DATOS	MARZO - ABRIL 2013	Facultad de Medicina UAEMex
4. REDACCIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	MAYO 2013	Facultad de Medicina UAEMex
5. RECEPCIÓN Y LIBERACIÓN DE TESIS/ASIGNACIÓN DE FECHA DE EXAMEN	JUNIO-JULIO 2013	Facultad de Medicina UAEMex: Departamento de evaluación profesional. Departamento Control Escolar.

IX. IMPLICACIONES ÉTICAS

De acuerdo a la declaración de Helsinki (1964), se respeta la integridad física y mental de los sujetos considerados en el estudio, utilizando la información solamente con fines de análisis estadístico y académico, salvaguardando la privacidad de cada uno de los mismos. Los resultados serán reportados así mismo a la autoridad correspondiente y a cargo de la atención en la unidad de salud, omitiendo los nombres de los sujetos en estudio.

X. ORGANIZACIÓN:

La dirección del presente trabajo está a cargo de la Dra. En C. Ed. Clementina Jiménez Garcés y de la Dra. En C. Patricia Vieyra Reyes.

La recopilación de la información, el análisis y la interpretación de los resultados se lleva a cabo por MP Elba Verónica Dander López.

XI. FINANCIAMIENTO Y PRESUPUESTO

Aproximación de costos: \$6,000.00 a \$7,000.00 MN

Fuente de ingresos: Corren a cargo directo de la tesista MP Elba Verónica Dander López.

1.	Papelería : 1. Impresiones de borradores y protocolo. 2. Impresiones y copias de oficios requeridos para trámites 3. Impresiones de tesis	\$100.00 MN \$300.00 \$ 1,000.00
2.	Transporte particular, gasolina y otros. 1. A la facultad para múltiples revisiones y asesoría 2. A los diversos puntos para trámites diversos 3. Al centro de aplicación del trabajo de campo	\$300.00 MN \$200.00 MN \$400.00 MN
3.	Pago de honorarios y derechos diversos a la universidad y gastos múltiples.	\$5,000.00 MN

XII. RESULTADOS

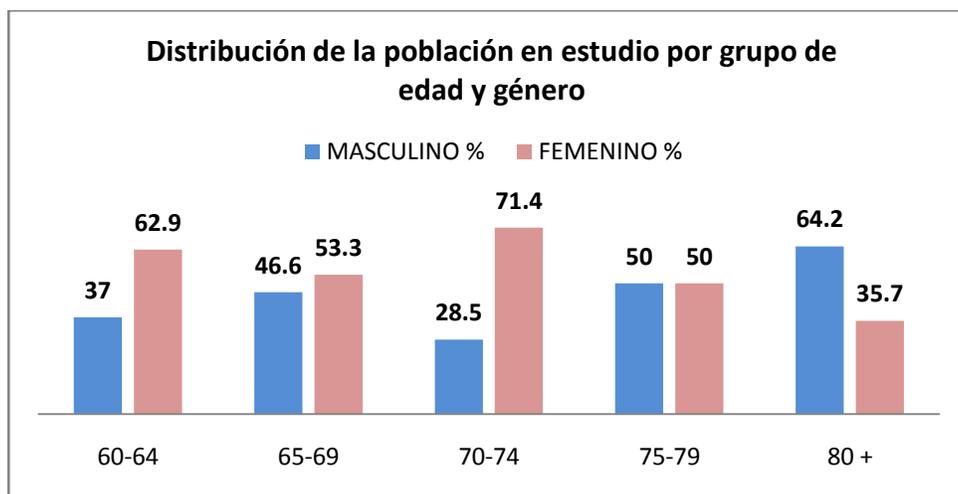
El estudio realizado fue descriptivo y transversal, con una muestra de 152 pacientes mayores de 60 años de edad en el Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas en Almoloya de Juárez, Estado de México.

En la tabla No. 1, se observa el total de la población en estudio, la cual está integrada por 152 adultos mayores, encontrándose predominio del género femenino con el 56.5 %, mientras que el género masculino está representado por el 43.4% del total de la población. Dentro del rango de edad de 70 a 74 años, el 71.4% son mujeres y 28.5% son hombres. En el rango correspondiente a 75 a 79 años de edad esta tendencia se equilibra con un 50% respectivamente. El rango de edad que mas predominio tuvo en población total fue el de 60 a 64 años con el 35.5%. A continuación se detallan datos de distribución por edad y género. (Tabla No.1).

TABLA No.1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

GÉNERO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	No.	%
60-64	20	37	34	62.9	54	35.5
65-69	14	46.6	16	53.3	30	19.7
70-74	8	28.5	20	71.4	28	18.4
75-79	6	50	6	50	12	7.8
80 +	18	64.2	10	35.7	28	18.4
TOTAL	66	43.4	86	56.5	152	100

Fuente: Respuestas Anexo 4.



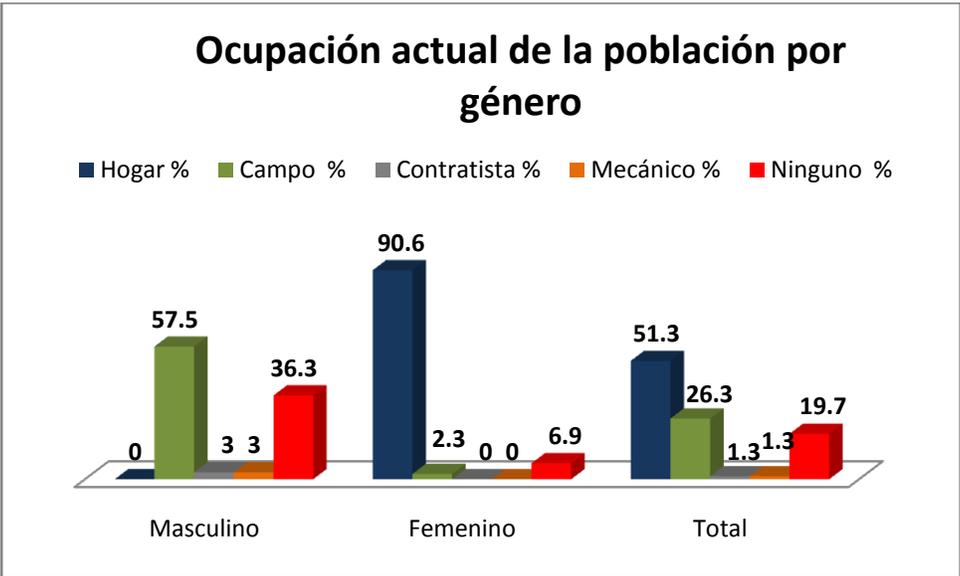
Fuente: Tabla No. 1

Con respecto a factores de riesgo se toma en cuenta a la ocupación actual por género en la población estudiada ya que esta indica hasta cierto punto el grado de independencia o no de la misma, se muestra en la tabla No. 2 que el 57.5% del género masculino se dedica al campo, mientras que el 90.6% de la población femenina se dedica al hogar, así mismo, esta representa el 51.3% de las ocupaciones de la población total.

TABLA No. 2
FACTOR DE RIESGO: OCUPACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN POR GÉNERO

OCUPACIÓN	Hogar		Campo		Contratista		Mecánico		Ninguno		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	0	0	38	57.5	2	3	2	3	24	36.3	66	43.4
Femenino	78	90.6	2	2.3	0	0	0	0	6	6.9	86	56.5
TOTAL	78	51.3	40	26.3	2	1.3	2	1.3	30	19.7	152	100

Fuente: Respuestas Anexo 4.



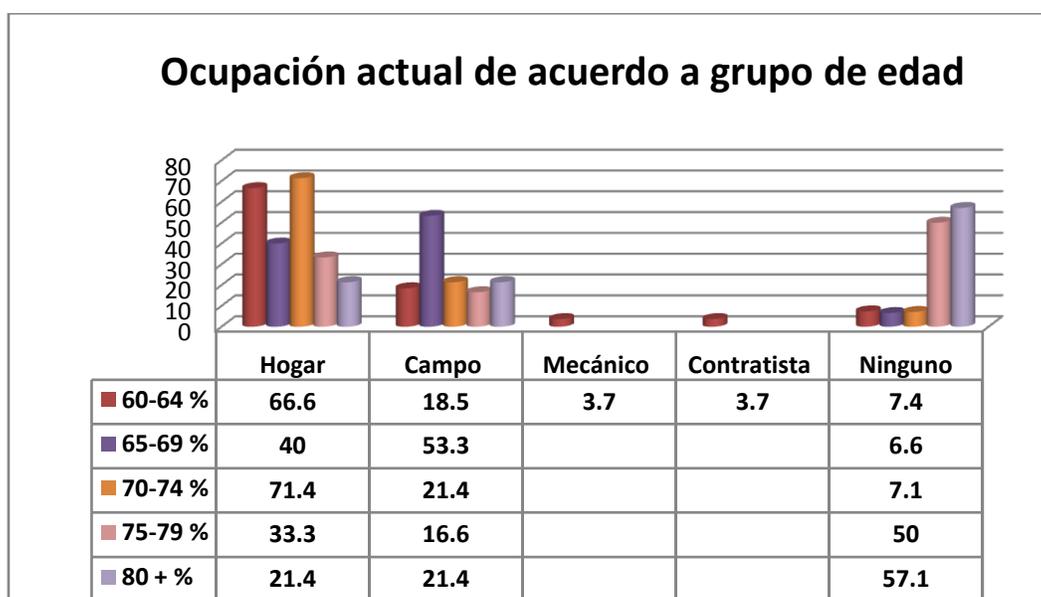
Fuente: Tabla No. 2

De acuerdo a la ocupación por edad, se observa en la tabla No. 3 que la población comprendida de 60 a 64 años se dedica en primer lugar al hogar con un 66.6%; por su parte, el campo representa la actividad con mayor porcentaje en el rubro de 65 a 69 años con el 53.3%. La población de 70 a 74 años se ocupa principalmente del hogar con un 71.4%. Por último se calculó que en los grupos de 75 a 79 años y de 80 y más no tienen ninguna ocupación, lo cual corresponde al 50% y el 57.1% respectivamente.

TABLA No. 3
FACTOR DE RIESGO: OCUPACIÓN ACTUAL DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO DE ACUERDO
A GRUPO DE EDAD

EDAD	60-64		65-69		70-74		75-79		80 +		TOTAL	
OCUPACIÓN	No.	%	No.	%								
Hogar	36	66.6	12	40	20	71.4	4	33.3	6	21.4	78	51.3
Campo	10	18.5	16	53.3	6	21.4	2	16.6	6	21.4	40	26.3
Mecánico	2	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.3
Contratista	2	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.3
Ninguno	4	7.4	2	6.6	2	7.1	6	50.0	16	57.1	30	19.7
TOTAL	54	100	30	100	28	100	12	100	28	100	152	100

Fuente: Respuestas de Anexo 4.



Fuente: Tabla No. 3

Continuando con la evaluación de ciertos factores de riesgo para la depresión, con respecto a la dependencia económica de los adultos mayores en estudio por grupos de edad, se muestra en la tabla No. 4 que, el 59.2% de las personas de 60 a 64 años de edad no dependen de nadie. Esta misma tendencia se demostró en el siguiente grupo comprendido de los 65 a 69 años de edad con un 46.6% del total. En las edades entre 70 a 74 años, se observa que el 50% de esta población depende de los hijos; así mismo, los adultos mayores de 75 a 79 años dependen de los hijos y del gobierno principalmente con un 50% respectivamente. Por último, los ancianos de 80 años y más refirieron con el

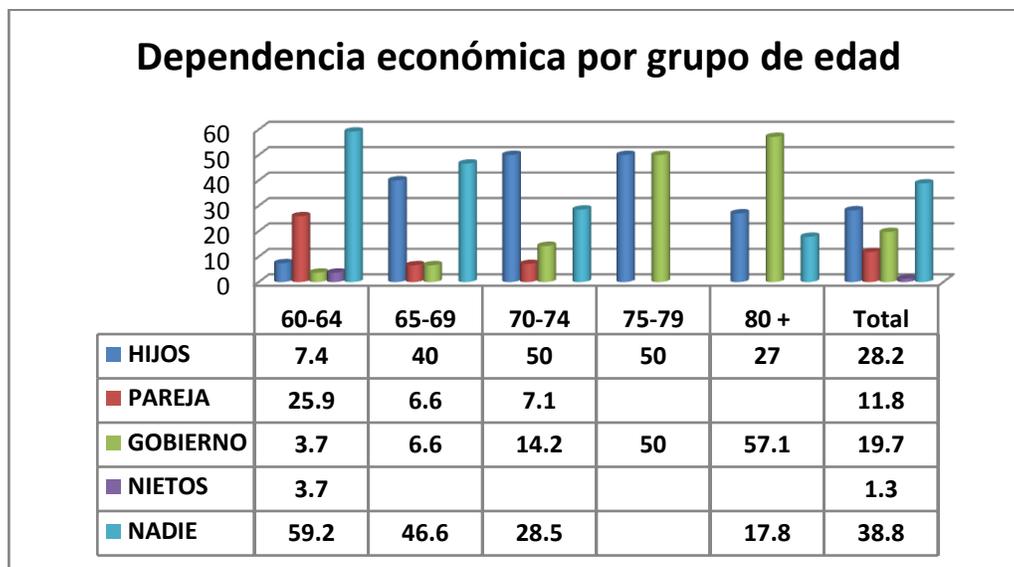
57.1% depende solamente del gobierno. Así pues, tomando en cuenta al total de la población en estudio, se halló que en su mayoría no depende económicamente de nadie, representado por el 38.8%.

TABLA No. 4
FACTOR DE RIESGO: DEPENDENCIA ECONÓMICA POR GRUPO DE EDAD

EDAD	60-64		65-69		70-74		75-79		80 +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HIJOS	4	7.4	12	40	14	50	6	50	7	27	43	28.2
PAREJA	14	25.9	2	6.6	2	7.1	0	0	0	0	18	11.8
GOBIERNO	2	3.7	2	6.6	4	14.2	6	50	16	57.1	30	19.7
NIETOS	2	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.3
NADIE	32	59.2	14	46.6	8	28.5	0	0	5	17.8	59	38.8
TOTAL	54	100	30	100	28	100	12	100	28	100	152	100

*DEPENDENCIA ECONÓMICA

Fuente: Respuestas Anexo 4.



Fuente: Tabla No. 4

Otros factores de riesgo investigados fueron los referentes a la red de apoyo familiar, la cual incluye apoyo para cualquier necesidad, ayuda en específico para atención médica y alimentación, recepción de cariño/comprensión y convivencia familiar; lo anterior se muestra en la tabla No. 5 en la cual se destaca que los pacientes con depresión muestran menor apoyo en los aspectos ya mencionados en comparación con los pacientes sin depresión ya que estos refirieron en el 65.9% de los casos que sí reciben ayuda para cualquier necesidad en general, siendo esta misma tendencia positiva en apoyo médico, alimenticio, en cariño y se refieren menos solos durante el día en general.

En contrasentido, se obtuvo que los pacientes con depresión en general, refirieron en el 56.7% de los casos no recibir apoyo para cualquier necesidad por parte de su familia, así como el 42.3% refirió que solo reciben apoyo para atención médica solo en algunas ocasiones (excepto el grupo de depresión grave en donde el mayor porcentaje de estos pacientes contestó que NO en el 60% de los casos <Tabla No. 5>), el 40.9% igualmente refirió recibir ayuda para alimentación solo algunas veces. En cuanto al recibir cariño, los pacientes con depresión reportaron que no lo hacen por parte de sus familiares en el 52.3% de los casos y además el 61.3% de estos pacientes pasan la mayor parte del día solos sin convivir con algún miembro del núcleo familiar.

Por último, el comportamiento de los diferentes factores de riesgo por género en cuanto al apoyo familiar se refiere arrojó que la soledad influye en la presentación de depresión de manera importante sobre todo en el género femenino, ya que en la depresión leve y grave se observa que la población más afectada es la correspondiente a la mujer, recordar que por ocupación actual (Tabla No. 2) esta población se dedica en su mayoría exclusivamente a actividades en el hogar, lo que la coloca en mayor riesgo de estar sola, mientras que el género masculino dedicado al campo aumenta sus probabilidades de convivencia al salir de la casa durante el día. La tendencia anterior, cambia únicamente en los casos de depresión moderada, en donde el hombre obtuvo el mayor porcentaje de soledad en el día, lo cual coincide con que en este grado de depresión se reportaron más casos en el género masculino que en el femenino siendo lo contrario en los otros dos grados (Tabla No. 8). Con respecto al resto de factores en cuanto a apoyo familiar, se observa que el hombre en general se refiere con menos apoyo por parte de sus familiares, lo cual en lugar de ser contraproducente, puede estar actuando como factor positivo para éste género, ya que sigue siendo autosuficiente lo cual coincide con el hecho de que esta población reportó menor frecuencia de depresión (Tabla No. 8).

TABLA No. 5*
FACTORES DE RIESGO: RED DE APOYO FAMILIAR

Factor de riesgo: RED APOYO FAMILIAR	Sin depresión									Depresión leve																										
	60-69 años			70-79 años			80 y más			60-69 años			70-79 años			80 y más																				
	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV																		
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)														
Cualquier necesidad	31.8	11.3	13.6	13.6			13.6	4.5	0	2.2			0	4.5	0	4.5			12.5	8.3	3.3	12.5			8.3	0	8.3	8.3			14.5	4.1	14.1	11.0	4	
Atención médica	26.1	3.4	9.0	7.9	10.2	13.6	11.3	0	2.2	0	0	6.8	0	2.2	0	2.2	0	4.5	12.5	0	4.1	12.5	4.1	8.3	4.1	0	6.2	2.0	6.2	6.2	0	4.1	8.3	4.1	10.4	6.2
Alimentación	27.2	10.2	7.9	5.6	10.2	9.0	6.8	0	2.2	0	4.5	6.8	0	2.2	0	2.2	0	4.5	8.3	0	4.1	12.5	8.3	8.3	4.1	0	8.3	4.1	14.1	14.1	0	8.3	6.2	6.2	12.5	0
Cariño y comprensión	31.8	14.7	7.9	6.8	5.6	3.4	13.6	0	0	4.5	0	2.2	0	4.5	0	2.2	0	2.2	16.6	8.3	0	4.1	4.1	8.3	0	0	8.3	0	8.3	8.3	6.2	6.2	0	8.3	12.5	0
Se queda solo en casa	21.5	2.2	23.8	22.7			2.2	0	11.3	6.8			0	2.2	0	6.8			12.5	8.3	3.3	12.5			10.4	4.1	16.2	4.1			16.6	8.3	32.0	6.2		

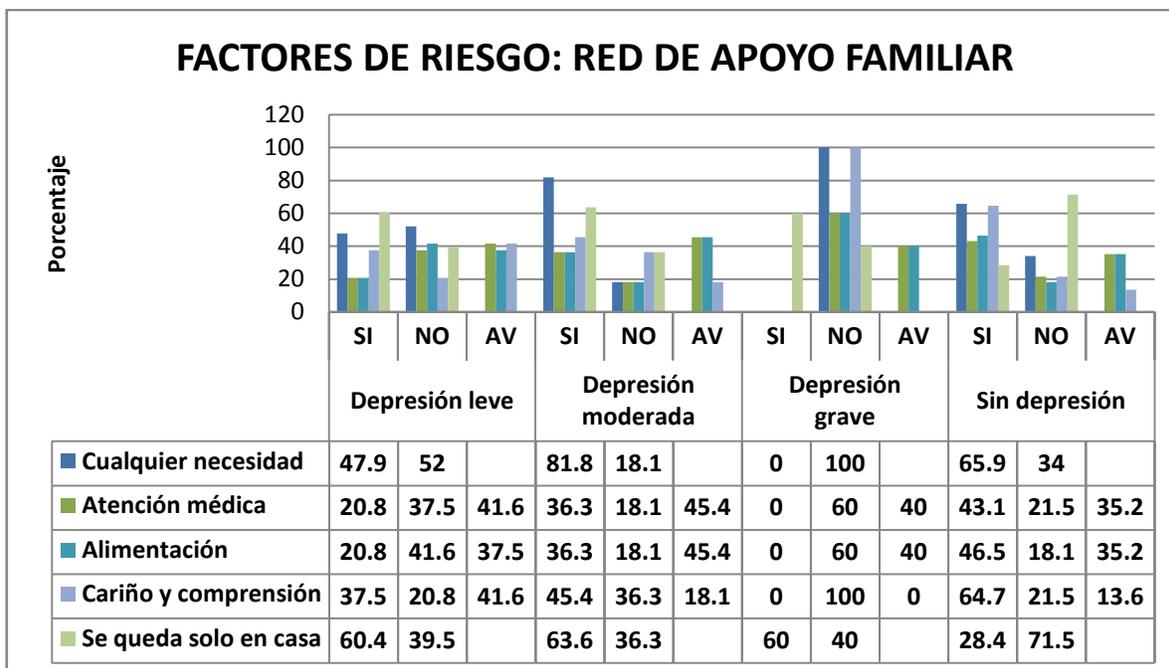
Continúa...

Factor de riesgo: RED APOYO FAMILIAR	Depresión moderada									Depresión grave																											
	60-69 años			70-79 años			80 y más			60-69 años			70-79 años			80 y más																					
	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV	SI	NO	AV																			
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)															
Cualquier necesidad	0	18.1	0	0			36.3	0	0	18.1			0	27.2	0	0									0	0	40	40			0	0	20	0			
Atención médica	0	18.1	0	0	0	0	18.1	0	0	18.1	18.1	0	0	0	0	0	27.2									0	0	0	40	40	0	0	0	20	0	0	0
Alimentación	0	18.1	0	0	0	0	18.1	0	0	18.1	18.1	0	0	0	0	0	27.2									0	0	0	40	40	0	0	0	20	0	0	0
Cariño y comprensión	0	0	0	18.1	0	0	36.3	0	0	18.1	0	0	0	9.0	0	0	18.1									0	0	40	40	0	0	0	0	20	0	0	0
Se queda solo en casa	0	18.1	0	0	0	0	18.1	0	18.1	18.1	0	0	0	27.2	0	0	0	0									40	0	0	40			20	0	0	0	

F: Femenino; M: Masculino; AV: Algunas veces

*Tabla modificada de texto impreso para adaptación a archivo PDF

Fuente: Respuestas Anexo No. 4



Fuente: Tabla No. 5

Ya que dentro de los factores de riesgo para la depresión se considera la comorbilidad, se realizó entre la población estudiada la investigación de enfermedades actuales. En la tabla No. 6, se observan las patologías encontradas por grupos de edad, los resultados fueron los que a continuación se mencionan, primero, en el rango de 60 a 64 años de edad, las enfermedades que predominaron fueron en orden descendente las siguientes: Diabetes Mellitus con un 29.4%, Artritis gotosa 23.5%, Insuficiencia venosa 17.6%, Hipertensión arterial sistémica 11.7%, Hipertensión arterial sistémica más Diabetes Mellitus 11.7% y hernia discal 5.8%, en total el 22.3 % de esta población presentan alguna enfermedad. De 65 a 69 años de edad se halló que: el 44.4% presenta Hipertensión arterial más Diabetes Mellitus, el 22.2% padece Hipertensión arterial sistémica, 22.2% osteoartrosis degenerativa y 11.1% solo Diabetes Mellitus, por lo tanto 11.8% de este grupo de edad refiere enfermedad existente. De 70 a 74 años los resultados fueron: el 50% padece Diabetes Mellitus, 37.5% Hipertensión arterial sistémica y 12.5% Hipertensión arterial más Diabetes Mellitus; tal que el 10.5% de las personas en este grupo padecen alguna patología. En cuanto a los adultos mayores de 75 a 79 años de edad se tiene lo siguiente: que el 37.5% padece Diabetes Mellitus, 25% cataratas, 25% Diabetes Mellitus más Hipertensión arterial y el restante 12.5% Asma, en total se tiene 5.2% de población enferma dentro de la edad comprendida antes mencionada. Por último los ancianos de 80 años y más presentaron: 44.4% osteoartrosis degenerativa, 16.6% Hipertensión arterial sistémica, 11.1% Hipertensión arterial más Diabetes Mellitus, 11.1% Hiperplasia prostática benigna y 5.5% Diabetes Mellitus, Dermatitis atópica y CA de piel cada uno, por lo

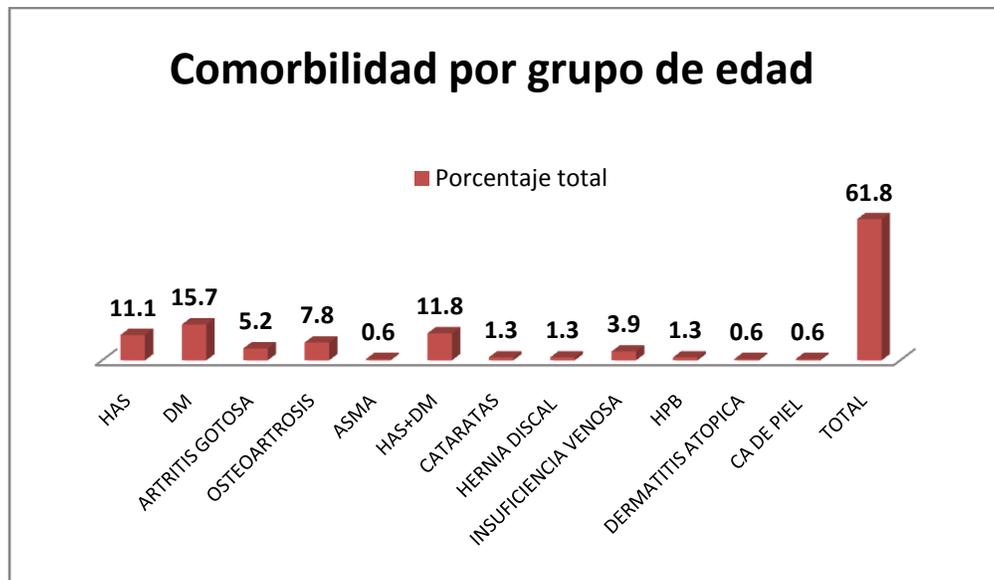
anterior se encontró que el 11,8% de las personas de 80 años y más padece alguna enfermedad.

En conclusión, se muestran los porcentajes obtenidos del total de la población estudiada, teniendo que la Diabetes Mellitus se presentó en primer lugar con 15.7% seguida de Hipertensión sistémica más Diabetes Mellitus con 11.8% y en tercer lugar Hipertensión arterial sistémica sola con el 11.1% del total de la población en general. Por lo anterior, se demostró que más de la mitad de los adultos mayores (61.8%) en el estudio presentan comorbilidad la cual actúa como factor de riesgo debido a que ciertas patologías (principalmente las crónicas degenerativas) aumentan la probabilidad de padecer alguna incapacidad, predisponiendo a esta población a mayor dependencia y situaciones de soledad.

TABLA No. 6
COMORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD

EDAD	60-64		65-69		70-74		75-79		80		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PATOLOGÍA												
HAS	4	11.7	4	22.2	6	37.5	0	0	3	16.6	17	11.1
DM	10	29.4	2	11.1	8	50	3	37.5	1	5.5	24	15.7
ARTRITIS GOTOSA	8	23.5	0	0	0	0	0	0	0	0	8	5.2
OSTEOARTROSIS	0	0	4	22.2	0	0	0	0	8	44.4	12	7.8
ASMA	0	0	0	0	0	0	1	12.5	0	0	1	0.6
HAS+DM	4	11.7	8	44.4	2	12.5	2	25	2	11.1	18	11.8
CATARATAS	0	0	0	0	0	0	2	25	0	0	2	1.3
HERNIA DISCAL	2	5.8	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.3
INSUFICIENCIA VENOSA	6	17.6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3.9
HPB	0	0	0	0	0	0	0	0	2	11.1	2	1.3
DERMATITIS ATOPICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.5	1	0.6
CA DE PIEL	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.5	1	0.6
TOTAL	34	22.3	18	11.8	16	10.5	8	5.2	18	11.8	94	61.8

Fuente: Respuestas Anexo 4.



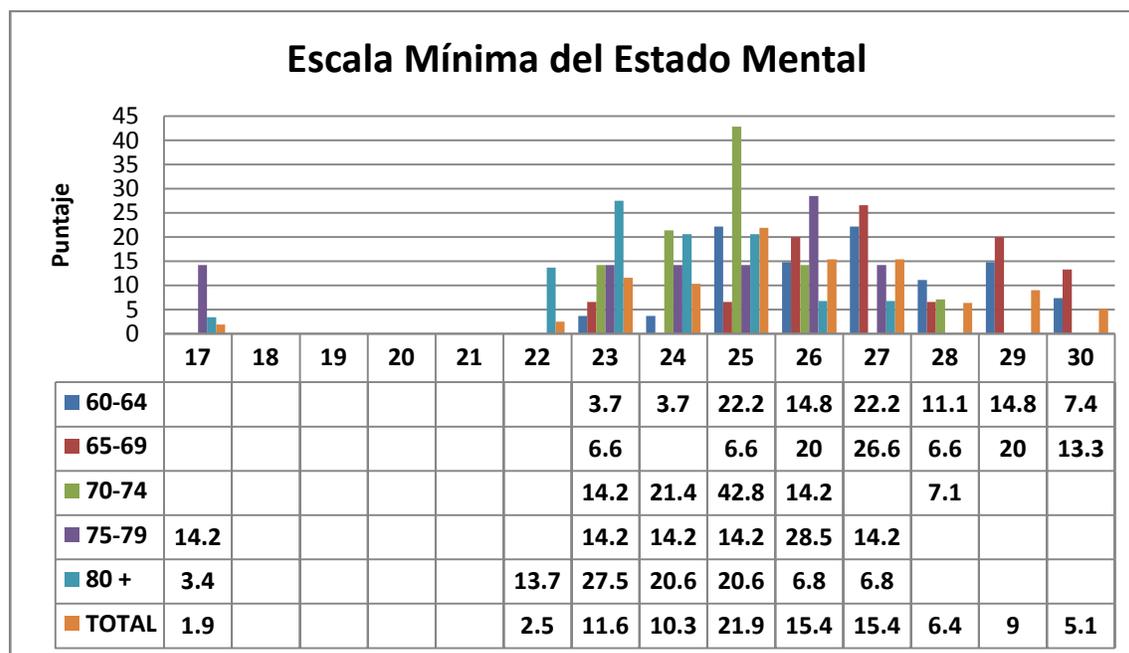
Fuente Tabla No. 6

Para la realización del cuestionario de detección de la depresión (Escala de Depresión Geriátrica Abreviada) se considera necesaria la evaluación del estado mental del paciente para evitar sesgos. En la tabla No. 7, se muestran los resultados obtenidos de una población inicial de 155 pacientes, de los cuales solo se consideraron por los datos arrojados a 152 de los mismos, esto se basa en las cifras de corte de normalidad y el ajuste por grado de escolaridad y edad. Se considera la escolaridad de estudios elementales descrita en la tabla JAMA (Anexo 1) ya que la población en estudio solo tuvo acceso a estudios en primaria o esta fue trunca en el 99.5% de los casos, además de que otros solo tuvieron una educación informal. En el estudio se arrojó que el 21.9 % del total de la población obtuvo una puntuación de 25. Solo el 1.9% de los entrevistados obtuvo rango por debajo de la normalidad, los cuales como ya se ha mencionado, no se consideraron para el estudio posterior. Además solo el 5.1% del total de los pacientes obtuvieron el máximo total de la puntuación considerada en 30.

TABLA No. 7
RESULTADOS DE ESCALA MINIMA DEL ESTADO MENTAL AJUSTADO POR EDAD Y
ESCOLARIDAD

EDAD	60-64		65-69		70-74		75-79		80 +		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
17							2	14.2	1	3.4		1.9
18												
19												
20												
21												
22									4	13.7		2.5
23	2	3.7	2	6.6	4	14.2	2	14.2	8	27.5		11.6
24	2	3.7			6	21.4	2	14.2	6	20.6		10.3
25	12	22.2	2	6.6	12	42.8	2	14.2	6	20.6		21.9
26	8	14.8	6	20	4	14.2	4	28.5	2	6.8		15.4
27	12	22.2	8	26.6			2	14.2	2	6.8		15.4
28	6	11.1	2	6.6	2	7.1						6.4
29	8	14.8	6	20								9
30	4	7.4	4	13.3								5.1
TOTAL	54	100	30	100	28	100	14	100	29	100	155	100
CORTE NORMALIDAD Estudios elementales	23+		22+		22+		21+		19+			

Fuente: Respuestas Anexo 1.



Fuente: Tabla No. 7

En la tabla No. 8, se toman en cuenta el total de los resultados del cuestionario para la detección de depresión, los mismos se dividen por grupos de edad. Los datos arrojados fueron los siguientes: en el rango de edad entre 60 a 64 años, el 81.4% de los pacientes se encontraron Sin Depresión, mientras que el 18.5% restante presentó Depresión Leve. Entre los 65 a 69 años de edad se tuvo al 60% de esa población Sin Depresión, al 33.3% con Depresión Leve agregándose ahora Depresión moderada con 6.6%. Entre los adultos mayores de 70 a 74 años de edad, la mayoría se reporta Sin Depresión con el 57.1%, y el 28.5% presentó Depresión Leve mientras que 14.2% tuvo Depresión Moderada. En el rango de edad entre 75 a 79 años se encuentra que la Depresión Leve y la Depresión Grave, ocupan por igual el primer lugar representada por 33.3% cada uno, siendo que los pacientes Sin Depresión y con Depresión Moderada ocupan el segundo lugar igualmente con el 16.6% respectivamente, cabe destacar que en este grupo de edad, se presentaron 4 casos de depresión grave, 3 más que los hallados en los ancianos de 80 años y más. Por último en el rango de ancianos de 80 años y más, la Depresión Leve se mantuvo en primer lugar de frecuencia con el 57.1%, seguido del 28.5% de pacientes sin depresión y en tercer lugar 14.2% presentaron Depresión Moderada, sin embargo este grupo presentó también depresión grave con un porcentaje de 3.5% (1 caso). De acuerdo a lo anterior, cerca del 42.1% de la población total en estudio presentó algún tipo de depresión, mientras el 57.8% no lo hizo. En orden de frecuencia el primer lugar lo ocupó la Depresión Leve representada por un 31.5%, en segundo lugar la Depresión Moderada dejando al final la Depresión grave, la cual, por su parte, solo se registró en edades más avanzadas (rango a partir de 75 años en adelante).

Así pues, con respecto a la depresión leve, el género femenino tuvo el mayor número de casos (56.2%) en contraparte con el masculino (43.7%). Así mismo, se encuentra que los adultos mayores de 80 años y más tuvieron 33.3% de casos con depresión leve, sin embargo en las edades de entre 60 y 69 años se hallaron 20 casos en conjunto, lo cual en promedio resulta el 41.6 % de los casos con este grado de depresión, ocupando así el primer lugar en frecuencia.

En cuanto a la depresión moderada, cabe notar que en las edades de entre 60 a 64 años no hubo ni un solo caso, a partir de el rango de 65 a 69 años de edad, se agregan solo 2 casos, 4 entre los 70 a 74 años, 2 más de 75 a 79 años y 3 casos en pacientes de 80 años y más. El mayor porcentaje en frecuencia correspondió a las hombres con un 63.6% del total de adultos mayores con depresión moderada. Con lo anterior se observa que se correlaciona el grado de depresión con la edad, a mayor edad un grado más de depresión. Por último se tiene a la depresión grave, mostrando que solo hubo casos a partir de los 75 años de edad en adelante. El 40% fue en hombres y el 60% en mujeres. Ahora cabe notar que esta vez, el grupo de 75 a 79 años reportó el 80% del total de casos de la patología

mencionada, en contra de el grupo de 80 años y más en donde solo se registró un caso representado por el 20% del total. De nueva cuenta solo en edades avanzadas se registró este grado de depresión. Los casos sin depresión, por su parte, se hallaron en mayor porcentaje en edades tempranas, teniendo el 70.4% de los estos en el grupo de 60 a 69 años de edad.

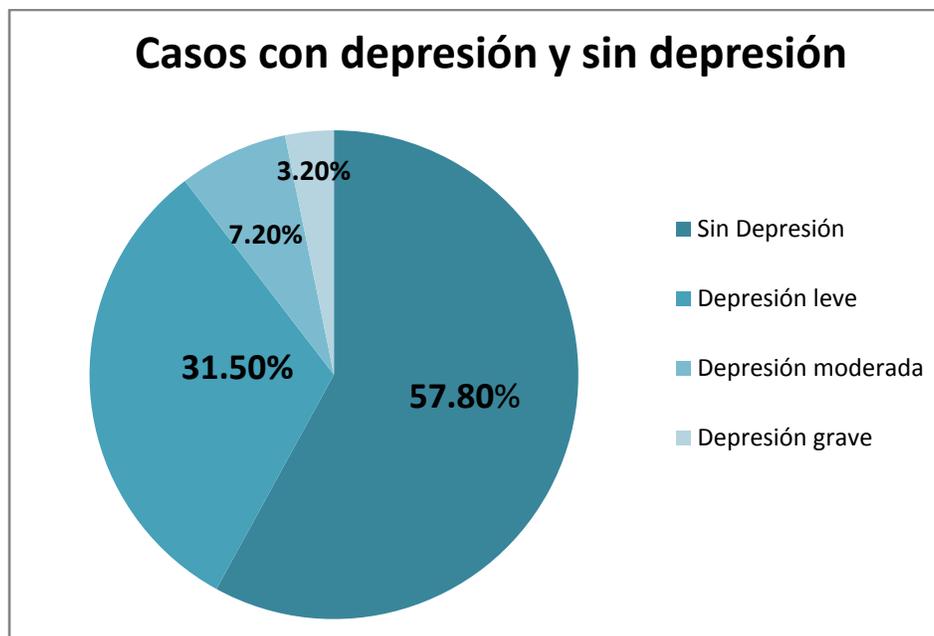
En conclusión, se observa que a mayor edad mayor riesgo de padecer mayor grado de depresión, tal es el caso que en los rubros de 60 hasta 69 años de edad, la depresión leve prevalece por encima de las demás, y no es sino a partir de los 65 años de edad en donde aparecen los primeros casos de depresión moderada, aumentando la frecuencia a partir de los 70 a 74 años de edad, así la depresión grave estuvo ausente en edades más tempranas y no así a partir de los 75 a 79 años (4 de los 5 casos en total) disminuyendo a partir de los 80 años. Ahora bien, la depresión moderada, se reportó con mayor porcentaje de casos en el género masculino, mientras que la leve y grave fue en mujeres. Con lo anterior se debe recordar que, la prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos, además de coincidir con que los pacientes de 70 a 79 años de edad, registraron más respuestas negativas referentes al apoyo familiar (Tabla No. 5).

TABLA No. 8
CASOS SIN DEPRESIÓN Y CON DEPRESIÓN POR GRUPO DE EDAD Y GÉNERO

EDAD	60-64			65-69			70-74			75-79			80 +			TOTAL		TOTAL (%)
	F (%)	M (%)	TOTAL (%)	F (%)	M (%)	TOTAL (%)	F (%)	M (%)	TOTAL (%)	F (%)	M (%)	TOTAL (%)	F (%)	M (%)	TOTAL (%)	F (%)	M (%)	
Sin Depresión	63.6	36.3	81.4	66.6	33.3	60	75	25	57.1	0	100	16.6	0	100	28.5	59.1	40.9	57.8
Depresión Leve	60	40	18.5	40	60	33.3	75	25	28.5	50	50	33.3	56.2	43.7	57.1	56.2	43.7	31.5
Depresión Moderada	0	0	0	0	100	6.6	50	50	14.2	100	0	16.6	0	100	10.7	36.3	63.6	7.2
Depresión Grave	0	0	0	0	0	0	0	0	0	50	50	33.3	100	0	3.5	60	40	3.2
TOTAL	61.8	38.1	100	35.5	64.4	100	66.6	33.3	100	50	50	100	39.0	60.9	100	52.9	47.0	100

F: Femenino; M: Masculino.

Fuente: Anexo No. 2.



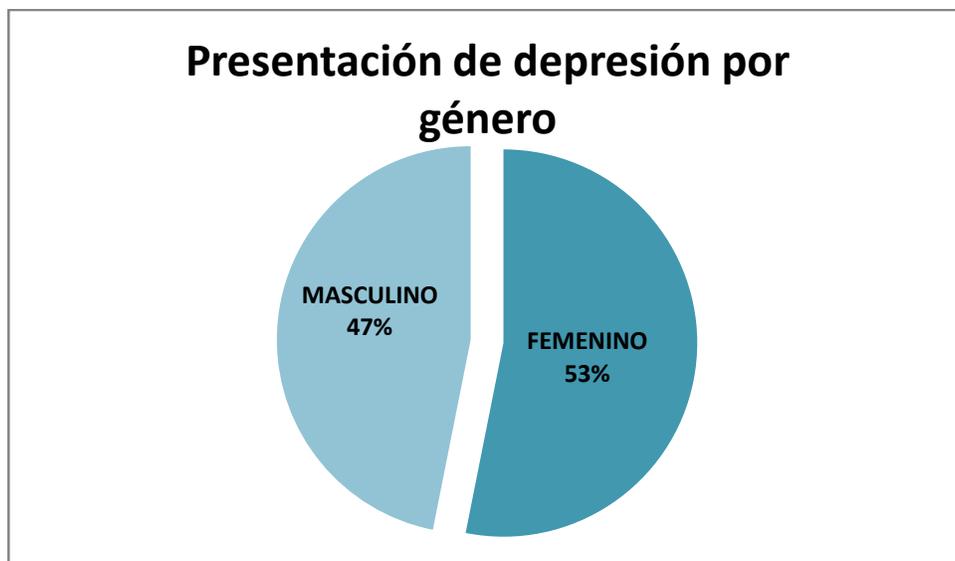
Fuente: Tabla No. 8

Por otro lado, se muestra en la tabla No. 9 que del total de pacientes con depresión (64 casos) el género que la presentó con mayor frecuencia fue el femenino con 53.1% mientras que el masculino tuvo 46.8% de presentación. En resumen, se halló que el 42.1% de la población estudiada presentó algún grado de depresión en tanto que 57.8% no lo hizo (Tabla No.8).

TABLA No. 9
PRESENTACIÓN DE DEPRESIÓN POR GÉNERO

GÉNERO	TOTAL	
	No.	%
FEMENINO	34	53.1
MASCULINO	30	46.8
TOTAL	64	100

Fuente: Resultados Anexo 2



Fuente: Tabla No. 9

En la tabla No. 10, se correlacionan 14 síntomas físicos relacionados con la depresión, los cuales se dividen en los hallados en depresión leve, moderada y grave, comparándose también con los casos sin depresión. Primeramente, se halló que el síntoma más frecuentemente reportado por la población en general fue el dolor de cuello en un 67.3% del cual el 42.5% fue en los casos con depresión y el 22.1% restante en los pacientes sin depresión, de igual forma este síntoma sigue siendo el más frecuente en los casos con y sin depresión respectivamente.

El síntoma que se reportó en menor medida por la población en general fue el dolor abdominal, el cual se observó en el 9.6% de los casos repartido en 8.3% en pacientes con depresión y el 1.3% en casos sin depresión.

El total de síntomas investigados (14) tuvieron en todos los casos el mayor porcentaje de presentación en los casos con depresión a excepción del referente a las alteraciones digestivas, en donde se obtuvo el mayor porcentaje en los pacientes sin depresión.

Por grados de depresión, se obtuvo que en los casos de depresión leve el síntoma que predominó fue la debilidad y el cansancio (25.4%), en la depresión moderada aumentan la cantidad de síntomas a dos refiriéndose como principales al dolor de cabeza y el de extremidades por igual (5.8%). En cuanto a la depresión grave, se observa que el primer lugar lo ocupan mayor cantidad de síntomas: alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, dolor de cabeza, dolor en extremidades (3.2%). En los casos sin depresión, el dolor de espalda fue el que se reportó en primer lugar (22.1%). Con lo anterior cabe

resaltar que a mayor grado de depresión, aumentan el número de quejas físicas más frecuentes.

Por género, el femenino reportó como primera causa de queja física a la debilidad y el cansancio en un 26.7%, mientras que el género masculino reportó al dolor de cuello como principal queja física en el 40.8% de los casos.

Con respecto al total de los síntomas presentes, se tiene que en la depresión leve el grupo de edad que más síntomas tuvo fue el de 65 a 69 años saltándose hasta 80 años y más, con 13 síntomas presentes de 14 (92.8%) cada uno, en contraparte con los ancianos de 70 a 79 años de edad que solo presentaron 10 de los 14 síntomas (71.4%). Con lo anterior se debe recordar que los rangos de edad en los que se presentaron más pacientes con depresión leve incluyen los anteriores (65 a 69 años y los de 80 y más), así se correlaciona que la cantidad de síntomas presentados fue mayor entre los grupos de edad en los que se registraron más casos de depresión leve.

En cuanto al total de los síntomas presentes en depresión moderada, se observa que el grupo de edad que más síntomas tuvo fue el de 70 a 74 años con el 100% de síntomas (14 de 14) coincidiendo que entre estos pacientes también se encontró el mayor número de casos de depresión moderada. Los ancianos de 65 a 69 años de edad presentaron 13 de 14 síntomas (98.8%) El grupo de edad que presentó menos síntomas fue el representado por las pacientes de 75 a 79 años de edad (8 de 14 síntomas) en el cual también se reportan menos casos de depresión moderada. La media de síntomas fue de 11.5 de los 14 investigados.

Por último, con respecto al total de los síntomas presentes en la depresión grave, se observa que en ambos rangos de edad en los que se presentó esta, se encontraron el 100% de los síntomas investigados repartidos en ambos géneros (14 de 14).

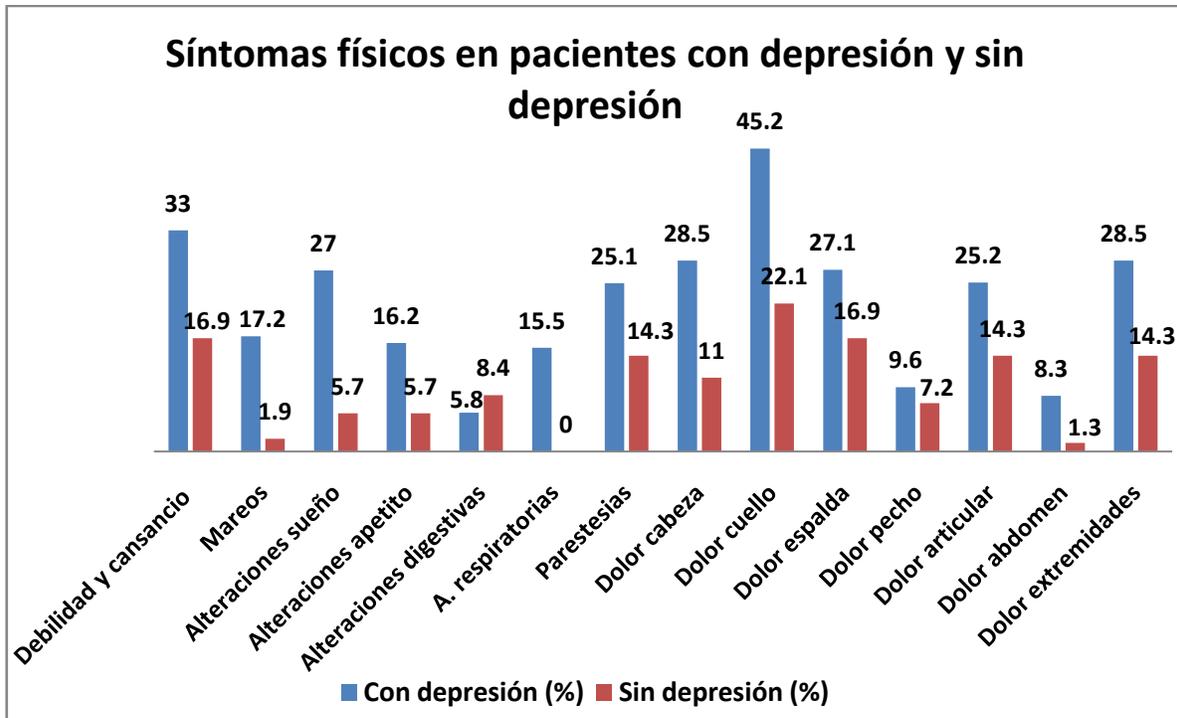
TABLA No. 10*
SÍNTOMAS FÍSICOS POR GRUPOS DE EDAD, GÉNERO Y GRADOS DE DEPRESIÓN

	60-64 años				65-69 años				70-74 años				75-79 años				80 años y más																		
	DL		DM		DG		SD		DL		DM		DG		SD		DL		DM		DG		SD												
	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)											
SÍNTOMAS NO DOLOROSOS																																			
DEBILIDAD/CANSANCIO	1.3	1.9			5.9	3.9	1.3	2.6	1.3		0	0	3.9	1.3	1.3	0.6		5.2	0	1.3	1.3	0	1.3	0.6	0	0	5.9	4.6	0	1.9	0.6	0	1.9		
MAREOS/DESMAYOS	1.3	0			0.6	1.3	1.3	0	1.3		0	0	1.3	1.3	0.6	0.6		0	0	0	0	1.3	0.6	1.3	0	0	3.2	1.3	0	1.9	0.6	0	0		
ALTERACIONES DEL SUEÑO	0	1.3			1.9	1.3	1.3	2.6	1.3		0	0	3.2	1.3	1.3	0.6		0.6	1.3	0.6	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	0	0	5.2	0.6	0	1.9	0.6	0	0.6	
ALTERACIONES DEL APETITO	1.3	1.3			0	0	1.3	1.3	1.3		0	0	2.6	1.3	1.3	0		3.2	0	1.3	0	0	0.6	0	0	0	1.3	0	0	1.9	0.6	0	1.3		
ALTERACIONES DIGESTIVAS	0	0			3.2	1.3	0	0	1.3		1.3	0	0	0	1.3	1.3		1.3	0	0	0	0	0	1.3	0	0	0	0	0	0	0.6	0	1.3		
ALTERACIONES RESPIRATORIAS	1.3	1.3			0	0	1.3	2.6	1.3		0	0	0	0	0	1.3		0	0	1.3	0	0.6	1.3	1.3	0	0	0	1.3	0	0	0.6	0	0		
PARESTESIAS EXTREMIDADES	0	0			5.2	3.9	1.9	0	1.3		0	0	3.9	1.3	0.6	0.6		5.2	0	1.3	1.3	0	1.3	1.3	0	0	3.9	3.9	0	1.9	0.6	0	0		
SÍNTOMAS DE DOLOR																																			
CABEZA	2.6	1.3			0	1.9	0	1.3	0.6		2.6	1.3	3.9	1.3	1.3	1.3		3.9	0	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	0	0	5.2	1.3	0	1.3	0.6	0	1.3	
CUELLO	2.6	1.3			7.8	5.9	1.3	3.9	0.6		2.6	1.3	2.6	1.3	0.6	0		2.6	0	0	0.6	1.3	1.3	1.3	0	0	3.2	1.9	0	1.9	0.6	0	1.9		
ESPALDA	1.3	1.3			4.6	3.9	0	3.9	1.3		0	0	2.6	1.3	1.3	0.6		3.9	0	1.3	0	0.6	1.3	1.3	0	1.3	3.9	2.6	0	1.9	0.6	0	3.2		
PECHO	1.3	1.3			4.6	0	1.3	0	1.3		1.3	0	0	0	0.6	1.3		1.3	0	0	0	0	0.6	0	0	0	0	1.3	0	0	0.6	0	0		
ARTICULACIONES	2.6	0			3.9	5.2	2.6	1.3	0		0	0	2.6	1.3	1.3	0.6		3.9	0	1.3	0	1.3	1.3	1.3	0	1.3	5.2	0	0	1.9	0.6	0	0		
ABDOMEN		1.3			1.3	0	0	0	1.3		0	0	0	0	0.6	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.3	0	0	1.9	0.6	0	0	
EXTREMIDADES	2.6	1.3			6.5	2.6	2.6	1.3	0.6		0	0	2.6	1.3	1.3	1.3		2.6	0	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	0	0	3.9	1.3	0	1.3	0.6	0	2.6	
TOTAL DE SÍNTOMAS POR GÉNERO	10	10			11	10	10	10	0	13		4	2	10	10	13	11		11	1	9	6	8	0	12	12	0	2	11	10	0	11	14	0	8
TOTAL DE SÍNTOMAS PRESENTES	12				12	13	13				5	10	14					11	10	8	14	2				13	11	14					8		
% TOTAL SÍNTOMAS POR GÉNERO	71.4	71.4			78.5	71.4	71.4	71.4	0	92.8		28.5	14.2	71.4	71.4	92.8	78.5		78.5	7.1	64.2	42.8	57.1	0	85.7	85.7	0	14.2	78.5	71.4	0	78.5	100	0	57.1
% TOTAL SÍNTOMAS PRESENTES	85.7				85.7	92.8	92.8				35.7	71.4	100					78.5	71.4	57.1	100	14.2				92.8	78.5	100					57.1		

F: Femenino; M: Masculino; DL: Depresión leve; DM: Depresión moderada; DG: Depresión grave

* Tabla modificada de texto impreso para adaptación a archivo PDF

Fuente: Respuestas Anexo No. 3.



Fuente: Tabla No. 10

XIII. DISCUSIÓN

Según estudios de Gutiérrez, 2000 y de Martín C., 2009, el envejecimiento puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico y social. Las crisis o acontecimientos destacados pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el paso de un estadio a otro. Existe un grado cada vez mayor de reconocimiento del hecho de que la depresión en el anciano constituye un enorme problema de salud pública. Existen datos recientes de que el tratamiento psiquiátrico y psicológico adecuado no sólo mejora los síntomas depresivos, sino también, algunas de las consecuencias negativas asociadas, como el deterioro de la calidad de vida asociada a la salud. (2,5)

El porcentaje de depresión obtenido en el presente estudio fue de 42.1%, tendiendo a la depresión leve como la de mayor incidencia: 31.5% (tabla No.8). Lo anterior difiere en cifras de acuerdo a las investigaciones de Martín C., 2009, en donde revela que de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2002), la prevalencia de depresión en adultos mexicanos en el año anterior a la aplicación de la encuesta, fue de 4.5%, (ocupando el quinto lugar de los trastornos afectivos), asociándose esto a deterioro funcional, aumento de los costes de salud, y, posiblemente, a un aumento de la mortalidad (5); sin embargo, aunque diferente en cifras, concuerda con el hecho de que esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública de importancia y alerta de atención ya que solo el 57.8% de los ancianos entrevistados en nuestro estudio cursaron sin depresión, una pequeña diferencia de tan solo en 15.6% separa a estos pacientes de la patología en cuestión (tabla No.8) lo cual concuerda con las conclusiones a las que llegó Belló M., 2005 en un estudio en donde refiere que la depresión es una entidad clínica mal diagnosticada y escasamente tratada entre la población anciana residente en la comunidad, tratándose así de un objetivo idóneo para aplicar programas preventivos. (21)

De igual forma, Martín C., cita que en el país, según la misma Encuesta Nacional Psiquiátrica (2002), el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en los hombres es de 2.5%, es decir, es mayor en el género femenino (5); esto se equipara con el presente estudio en el que el mayor porcentaje de incidencia de depresión se presentó en mujeres en un 53.1% de los casos mientras que en los hombres fue del 46.8%.

Martín C.,2009 (5), también cita en sus estudios que, según algunas conclusiones del XIV Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Psicogeriatría (Montreal, Canadá 2009), la depresión en las personas mayores se encuentra directamente relacionada con el aislamiento social. (5) Es así como se comprueba lo anterior con la presente

investigación ya que se halló que el 61.3% de la población con depresión pasan la mayor parte del día solos sin convivir con algún miembro del núcleo familiar (Tabla No.5) además de que se registró que de la población en general, los grupos de edad a partir de los 70 años y más se hallan más afectados por la soledad, mientras que los adultos mayores más jóvenes se refieren acompañados por algún familiar en algún momento del mismo. Lo anterior concuerda con el hecho de que en estas edades se presentaron más casos de depresión moderada y grave mientras que a edades más jóvenes solo hubo casos de depresión leve y casos sin depresión en su mayoría. Estos ancianos probablemente se sienten más aislados que cuando eran más jóvenes en donde sus vidas eran más productivas. Es así como la soledad contribuye a la aparición de cuadros de depresión cada vez más graves e incluso acarrea consecuencias fatales como el suicidio.

Según Díaz R.F., et al 2001, hay ancianos entre 60 y 69 años que son independientes, tanto económica como socialmente, hasta en un 90% cuyas necesidades suelen ser solventadas incluso de forma individual. Por otra parte, se encuentran los mayores de 70 años, y particularmente los que rebasan los 85, en quienes el porcentaje de dependencia en todos los órdenes es mayor (9). Esto se comprueba con nuestro estudio ya que se halló que los adultos mayores más jóvenes se dedican principalmente a actividades como el hogar y el campo en su mayoría (85.1%) contrastando con el 57.1% de los adultos de 80 años y más que no reportan ninguna actividad en general (Tabla No. 3). Es así como se demuestra que este factor de riesgo tiene gran influencia para la presencia de depresión, ya que estos adultos mayores disminuyeron sus actividades lo que los coloca en dicho riesgo de padecer estados depresivos. Aunado a lo anterior, se observa que los grupos integrados por los adultos mayores de 60 a 69 años no dependen económicamente de nadie en el 59.2% de los casos; en contraparte se observó que los mayores de 70 años en adelante dependen principalmente de los hijos en un 42.3% y/o del gobierno en un 40.4%; colocando de nuevo, según Díaz R.F., et al 2001, a los ancianos más grandes en riesgo de depresión ya que sus capacidades de autosuficiencia van disminuyendo mientras que aumenta más el sentimiento de inutilidad. (9)

Recordando que obtuvimos que los mayores índices de depresión se presentaron en el género femenino al igual que en el estudio de Martin C. 2009 (5), explicaríamos que el 90.6% de esta población se dedica exclusivamente al hogar, según nuestras cifras (tabla No. 2), dejando así entrever que pasan más tiempo aisladas en un solo mundo mientras que el género masculino se dedica al campo principalmente (57.5% de esta población) lo cual probablemente contribuya a que estos se integren a otras pláticas y tengan más oportunidades de realizar diversas actividades que se relacionen con la convivencia en sociedad.

De igual manera, Díaz R.F., et al, 2001, refiere que el anciano es un ser socialmente deficiente, en el sentido de haber perdido a este nivel algunos de los pilares básicos en los que sustentaba su vida (familiares, amigos, actividad y prestigio profesional) (9) comprobándose lo anterior con nuestro estudio ya que en la población con depresión se halló que los mayores porcentajes en respuestas fueron negativos (NO Y ALGUNAS VECES) debido a que el 56.7% de los casos no recibe ayuda para cualquier necesidad, el 42.3% recibe solo algunas veces ayuda para atención médica y 40.9% para alimentación. Otro factor de riesgo para la depresión en el anciano es el no sentirse amado por parte de su familia es así como los pacientes con depresión refirieron en el 52.3% de los casos no recibir cariño ni comprensión por parte de sus familiares. En contraste con lo mencionado, en los pacientes sin depresión, estos factores de riesgo resultaron con porcentajes bajos en todos los aspectos citados anteriormente. En resumen, lo anterior concuerda con lo mencionado por Díaz, ya que se comprobó que los pacientes con depresión reflejaron deficiencia en dicha red de apoyo familiar en contrasentido de los pacientes sin depresión que refirieron mayor porcentaje de apoyo en todos los sentidos. (Gráfica tabla No. 5)

Refiere en su estudio Alcalá, 2007, que a la depresión contribuyen una serie de factores, entre los que destacan comorbilidad, disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos (27), coincidiendo con la presente investigación que la comorbilidad presentada en la población estudiada fue en su mayoría de enfermedades crónico degenerativas (diabetes Mellitus 15.7%, hipertensión arterial sistémica más diabetes Mellitus en un 11.8% de los casos y únicamente hipertensión arterial sistémica 11.1%) presentándose las anteriores dentro de las primeras tres causas de comorbilidad en todos los grupos de nuestro estudio. Cabe recordar que las patologías anteriores son de larga evolución, sin cura y llegan a ser incapacitantes, lo cual contribuye a que esta población se vea más expuesta a padecimientos como la depresión y a la presencia de mayores quejas físicas. (Tabla No.6)

García-Peña, 2008, realizó un estudio en 7, 449 adultos mayores en la Ciudad de México, y notó una prevalencia de depresión mayor de 13.2%, con lo cual concluyó que 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos presentan síntomas de depresión mayor (18), lo cual se asemeja a nuestro estudio en el cual se encontró que de los 152 pacientes estudiados el 42.1% presentó algún grado de depresión, es decir que 2 de cada 5 pacientes cursa con algún grado de depresión. Teniendo que la mayor prevalencia fue de la depresión leve con el 31.5% de los casos, seguida de la depresión moderada con el 7.2% y al último la grave con el 3.2% de los pacientes con depresión. De acuerdo con Nance D., 2013, la prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos; resultando significativo que los niveles más altos de depresión se presenten entre los hombres que viven en áreas rurales (18), concordando con la presente

investigación en la cual se observó que la depresión leve se presenta en todos los rangos de edad, sin embargo la depresión moderada se manifestó a partir de los 65 años en adelante y la depresión grave a partir de los 75 años y más. (Tabla No. 8)

Además cabe destacar el hecho de que a pesar de que el género femenino presentó la mayor frecuencia de depresión en general (53.1%), la depresión moderada, sin embargo, se vio con mayor frecuencia en el género masculino con un 63.6%; en los demás grados el femenino fue el que mayor número de casos obtuvo: 56.2% de depresión leve y 60% de depresión grave. En cuanto a las edades en las que se presentó el mayor número de casos con depresión, concuerda de nuevo con el mismo hecho, a mayor edad la prevalencia crece, de acuerdo con Nance D., 2013, (18) en este caso los pacientes de 75 a 79 años tuvieron depresión en un 83.2% de los casos y los ancianos de 80 y más un 71.3% siendo estos los mayores porcentajes de depresión; en contraparte, los pacientes de 60 a 64 años tuvieron el 81.4% de pacientes sin depresión, siendo el porcentaje más alto sin depresión de todos los grupos de edad. (Tabla No. 8)

En lo que respecta al objetivo principal de nuestro estudio observamos que las afecciones físicas más frecuentes presentadas por los pacientes con depresión fueron las siguientes: el mayor porcentaje registrado fue para el dolor de cuello que representó con el 45.2% a la población depresiva, en segundo lugar esta la debilidad y/o cansancio en un 33.3%, continúa con el dolor de cabeza y en extremidades en tercer lugar (28.5% respectivamente), el dolor de espalda tuvo el 27.1% y las alteraciones del sueño en 27.0% (siendo el insomnio el que prevaleció dentro de estas con el 92.8%), el síntoma que se presentó en menos ocasiones fue el referente al dolor abdominal (8.3%) (Gráfica tabla No. 10) todo lo anterior es similar a lo mencionado por D'Hyver de la Deses C., 2006 ya que refiere que debido a que el anciano tiende a expresar mayor número de quejas físicas (somáticas) y minimiza la presencia de ánimo triste, estas manifestaciones, aunque no se incluyen como criterios de depresión mayor, si tienen importante repercusión clínica: condicionan mayor morbilidad, deterioro en la funcionalidad, acortan la supervivencia y disminuyen la calidad de vida. (26)

Lo anterior, resulta significativo ya que concuerdan nuestros resultados con el estudio de Tamayo JM., 2007 en donde menciona que los síntomas más comunes son cefalea, desmayos, debilidad generalizada, dolores articulares, etcétera; y refiere que manifestaciones físicas no dolorosas como fatiga, debilidad, quejas múltiples vagas y amplificadas, problemas músculo-esqueléticos no específicos, sensaciones de peso o ligereza en al menos una parte del cuerpo, disfunción gastrointestinal, acortamiento de la respiración, mareos, alteraciones del sueño y el apetito, poliuria y manifestaciones dolorosas como dolor articular, dolor lumbar y cefalea, se han asociado significativamente

a un diagnóstico del trastorno depresivo mayor en estudios médicos de atención primaria. (30)

En un estudio realizado por Aguilar N., 2007, se estimó que en atención primaria, el 50% o más de los pacientes que son diagnosticados con depresión mayor, consultan por molestias somáticas y no por los clásicos síntomas afectivos y/o cognitivos de la depresión, (31) con lo cual se está de acuerdo en nuestro estudio ya que en este caso (dividido por grados de depresión), se obtuvo que la media de presentación de síntomas en la depresión leve fue del 11.6 de los 14 síntomas investigados, observándose que los pacientes de 80 años y más presentaron 13 síntomas de 14, en donde de igual forma se reporta la mayoría de casos de este grado de depresión (33.3%); además cabe notar que los adultos mayores de 60 a 69 años de edad que representan el 41.6% de los casos de depresión leve tuvieron en promedio el 12.5 de los 14 síntomas; es así como los grupos de edad restantes solo presentaron 10 síntomas coincidiendo con que en estas edades se tuvo el menor número de casos de depresión leve. En cuanto a los casos de depresión moderada, se encontró que la media de síntomas presentes fue de 11.5, hallándose la misma tendencia anterior, es decir, el grupo comprendido de 65 a 74 años de edad presentó una media de 13.5 de los 14 síntomas, coincidiendo con que en este grupo se hallaron el 54.5% de los casos de depresión moderada, siendo que el grupo de 70 a 74 se reportó con el 100% de los síntomas (14 de 14). Por último con respecto a la depresión grave, se obtuvo el 100% de los síntomas en los 5 casos en total presentes con este grado de depresión. (Tabla No. 10)

Nuestros datos reflejaron que los grupos con mayor número de casos de depresión, tendieron a manifestar mayor cantidad de quejas físicas, tal como se comprobó que estas fueron aumentando de manera proporcional al grado de depresión (mientras mayor fue siendo el grado, mayor número de síntomas se reportaron), esto en contraste con lo observado en los casos sin depresión, los cuales reportaron menos quejas llegando hasta solo mencionar dos de las catorce encuestadas. Se resume así el hecho de la verdadera necesidad de atención que requieren estos pacientes y ponen en claro la alta relación que existe entre síntomas físicos y depresión en el adulto mayor como los estudios de Aguilar y Muñoz, verificando que el clínico no es capaz de detectar estos síntomas de alarma en la mayoría de los casos tal y como ellos lo hallaron aumentando así la mala calidad en la atención del adulto mayor. (31,32)

XIV. CONCLUSIONES

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión es el problema mental más frecuente en los sujetos mayores de 65 años considerado un problema de salud pública, con serias implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de los ancianos que la padecen, aumentando así los costes en salud. Es así que de acuerdo a nuestro estudio se encontró que:

- ✓ El 42.1% de la población estudiada cursó con algún grado de depresión en tanto que el 57.8% no lo hizo. De la población con depresión, se halla el 53.1% en el género femenino y el 42.1% en el masculino. Por su parte, la depresión leve representa el mayor porcentaje de depresión con el 31.5% de los casos, esto significa que esta población se encuentra en fases iniciales de la patología indicando datos de alarma importantes para el diagnóstico oportuno, ya que se sabe que la depresión, si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Se concluye además que a mayor edad mayor riesgo de padecer depresión, es decir: La prevalencia de depresión aumenta conforme la edad avanza; ya que en los grupos de 60 hasta 69 años de edad, la depresión leve prevalece; a partir de los 65 años de edad aparecen los primeros casos de depresión moderada, aumentando la frecuencia a partir de los 70 a 74 años de edad. Los casos de depresión grave (ausentes en edades más tempranas) tienen mayor frecuencia en las edades entre 75 a 79 años (4 de los 5 casos en total) al igual que se agregan a partir de este grupo de edad en adelante.

- ✓ En cuanto a la presentación de síntomas físicos los más frecuentemente reportados por los pacientes con depresión fueron: el dolor de cuello en un 45.2%, la debilidad y/o cansancio en un 33.3%, el dolor de cabeza y en extremidades (28.5% respectivamente), el dolor de espalda (27.1%) y las alteraciones del sueño en 27.0% (insomnio principalmente). Por otro lado, las manifestaciones más frecuentemente halladas por género fueron en las mujeres la debilidad y el cansancio y en los hombres el dolor de cuello.

También se observó que en la depresión grave presente en adultos de 80 años y más, se manifestaron el 100% de los síntomas físicos investigados (14 de 14), además de que en los grupos de edades en los que más casos de depresión leve y moderada hubo, se registraron igualmente el mayor número de quejas somáticas no así en los casos sin depresión en donde en promedio se presentaron 7.6 síntomas en general. Por lo tanto, se

puede concluir que los pacientes con depresión, tienden a encubrir con mayor frecuencia la patología depresiva con más síntomas físicos demandando importante atención en ellos además de que el clínico suele errar en el diagnóstico oportuno de posibles cuadros depresivos complicándose de este modo dicha patología.

- ✓ Con respecto a factores de riesgo asociados a la depresión se halló lo siguiente: las personas menores de 75 años muestran un grado más alto de actividad e independencia en comparación con los más grandes quienes no realizan actividades, lo que genera mayor aislamiento y dependencia de los hijos y/o del gobierno. Esto condiciona en los ancianos más grandes a sufrir depresión generada por un sentimiento de inutilidad. Además la mujer se encuentra confinada solo a actividades del hogar en el 90.6% de los casos, de y esto influye para la presencia de sentimientos de soledad, aislamiento e incomprensión, de ahí que este género presenta la mayor frecuencia de depresión.

La red de apoyo familiar es un punto importante que influye de manera importante en la aparición o en la prevención de depresión, dado que en la población con esta patología se halló que este aspecto está debilitado en el apoyo para alimentos, atención médica, cariño o cualquier necesidad adversa, en contraste con la población sin depresión la cual refirió lo contrario en todos los sentidos. Además, por grupos de edad, se encontró que los adultos de 75 a 79 años registraron la mayor frecuencia para los factores de riesgo en la población total (depresiva y no depresiva) encontrándose de igual forma que la depresión leve y la depresión grave ocupan por igual el primer lugar representado por 33.3% cada uno en este grupo poblacional aunado a que el 80% de estos casos de depresión grave se encontraron aquí. De igual forma, este grupo poblacional tiene el 16.6% de los casos de depresión moderada siendo este también el mayor porcentaje en este grado.

En conclusión y dado lo expuesto con anterioridad, nuestra hipótesis se logra contestar con lo siguiente: la depresión está altamente relacionada con síntomas físicos en los adultos mayores de 60 años de edad en el Centro de Salud Rural Disperso Santa Catarina Tabernillas; lo cual se observó debido a que los pacientes con mayores grados de depresión refirieron mayor número de quejas físicas, disminuyendo estas conforme disminuía la gravedad de la patología y se reportaron al mínimo en pacientes sin depresión. Además la investigación concluye que existen diversos factores de riesgo que expone a la población a padecer cuadros depresivos sin un diagnóstico oportuno tanto por el personal de salud y por la familia. La soledad, la falta de ocupación laboral y la falta de cariño por parte de los familiares, en general de atención, juegan un papel preponderante en la prevención o en el desarrollo de la patología.

XV. SUGERENCIAS

Las consecuencias en la calidad de vida que representa la depresión en los adultos mayores se debe en gran medida a la presentación atípica de sus síntomas, es decir, el paciente anciano tiende a maximizar los trastornos físicos y minimiza los cognitivos según lo observado en la presente investigación. Lo anterior deriva en que el médico (y personal de salud en general) no asocia los síntomas físicos (somáticos) a una probable depresión mayor y pasa por alto el diagnóstico con la posible complicación de la patología, aumento en costes de salud y sociales y retraso del tratamiento específico. Los trastornos mentales en las personas de la tercera edad, en especial la depresión aunada a la transición demográfica obliga a poner puntos de alarma en el camino de la atención primaria del adulto mayor.

Como se demostró en este trabajo, existen factores de riesgo importantes que influyen de manera sorprendente en el desarrollo de la patología depresiva, sin embargo estos a su vez se convierten en factores protectores si se llevan a cabo de la manera adecuada, esto se puede conseguir con nuevos programas en atención al adulto mayor para educar a la población joven en ello haciendo hincapié en la necesidad de atención que los adultos mayores requieren.

Se debe hacer participe al adulto mayor en las actividades diarias ya que esto ayudará a que se sienta útil y parte importante de la comunidad, además de que así se aminora su soledad y se consigue la reducción de cuadros depresivos que acarrear atención médica innecesaria y aumento en los costes de salud.

En cuanto a la elevada presentación de síntomas físicos en los pacientes con depresión, en especial grave tal como se demostró en el presente trabajo, como profesionales de la salud debemos poner más atención en estos focos de alarma que pueden darnos un diagnóstico oportuno al considerarlos como posibilidades diagnósticas o en otro extremo, pasarlos por alto y errar en el diagnóstico de un probable cuadro depresivo ya que el clínico está acostumbrado a concluir que estas quejas son propias de la edad. Lo anterior solo se consigue en el quehacer diario de la consulta en atención primaria a la salud, la cual debe ser oportuna y eficaz teniendo en cuenta que el anciano es un ser frágil y deficiente en muchos aspectos actuales de su vida. Educar a la población joven es imprescindible para mejorar la calidad de vida tanto de ellos mismos en el futuro como de los que ahora son la población a rescatar y brindarles el apoyo que ellos algún día nos ofrecieron con el mismo amor y dedicación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Artículo en internet] Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html. Consultada en Enero 2013.
- (2) Gutiérrez LM., El proceso de envejecimiento humano: Algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. UAEM. México Enero- Marzo 2000; (019): 125-147.
- (3) Castillo F. D, Vela P. F., Envejecimiento demográfico en México. Evaluación de los datos censales por edad y sexo. Papeles de población. UAEM. México Julio-Septiembre 2000; (045):107-141.
- (4) Organización Mundial de la Salud OMS. Envejecimiento y ciclo de vida. 2012. [Artículo en internet] Disponible en URL: <http://www.who.int/ageing/es/>. Consultado en Diciembre de 2012.
- (5) Martín C. M., La prevención en psiquiatría geriátrica: El momento del sentido común. Rev Col de Psiquiatría. Colombia 2009; 38 (4): 614-621
- (6) Comisión de derechos humanos, Estado de Puebla. Programas de atención: Adultos mayores y discapacidad. Disponible en URL: <http://www.cdhpuebla.org.mx/index.php/Discapacitados/adultos-mayores-y-discapacidad.html>. Consultado en Diciembre de 2012.
- (7) Instituto Nacional de Geriatria Chile 2012. [Página oficial en internet]. Disponible en URL: <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>. Consultado en 2012.
- (8) INEGI Censos de Población y Vivienda 12 de junio 2010. [Página oficial en internet]. Disponible en URL: <http://www.censo2010.org.mx/>. Consultado Noviembre 2012.
- (9) Díaz R. F., et al., Tópicos de Geriatria. México. UAEM; 2001.
- (10) Ocampo Ch. JM., Evaluación geriátrica multidimensional del anciano en cuidados paliativos. Persona Bioética. Colombia Julio-Diciembre 2005; 9(025):46-58.
- (11) Organización Mundial de la Salud. OMS. [Página oficial en internet]. Disponible en URL: http://new.paho.org/pan/index.php?option=com_content&task=view&id=275&Itemid=259. Consultado en Noviembre de 2012.
- (12) OMS. Disponible en URL: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>. Consultado en Enero 2013.

- (13) Organización Panamericana de la Salud. Salud de los Mayores. [Artículo en internet]. Disponible en URL: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/cdsMCS_05/Portfolio/10.%20Salud%20de%20los%20mayores.pdf; pag. 190-191) Consultado en Diciembre 2012.
- (14) Diagnóstico de Salud CSRD Santa Catarina Tabernillas Julio 2011- Junio 2012. Instituto de Salud del Estado de México. Coordinación Municipal Almoloya de Juárez Norte. Jurisdicción Sanitaria Toluca. 2012.
- (15) Organización Mundial de la Salud. Salud Mental. 2013. [Artículo en internet] Disponible en URL en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html
- (16) López J.J., Manual Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV-TR. MASSON. 1ra ed. España 2001.
- (17) Alonso F. F., Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo- Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México Noviembre-Diciembre 2009; 36(6): 443-445.
- (18) Nance D., Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatria. pp. 240-248. [Artículo en internet. pdf]. Disponible en URL: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>. Consultado en Febrero 2013.
- (19) Stuart J. E., Lichtmacher JE., MD CURRENT. Medical Diagnosis & Treatment. 2012.
- (20) Heinze-Gerard M., et al., Guía Clínica para el manejo de la depresión. Guías clínicas para la atención de trastornos mentales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México 2010.
- (21) Belló M., et.al., Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública SSA. México 2005. Vol.47: 4-11.
- (22) Duman RS. La Neuroquímica de los Trastornos Depresivos: Estudios preclínicos. Neurobiología de la enfermedad mental. Universidad de Oxford; 2006. 421-439.
- (23) Instrumentos de evaluación de la depresión. Disponible en URL: http://www.guia.salud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf. Consultada en Noviembre de 2012.
- (24) Tuesca-M. R., et al., Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Rev Esp Salud Pública. España Septiembre-Octubre 2003; 77 (005): 595-604

- (25) Kurlowicz L., La Escala de Depresión Geriátrica. University of Pennsylvania School of Nursing. 2007. Num. 4 [Artículo en internet] Disponible en URL: http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf. Consultado en Enero 2013.
- (26) D'Hyver de la Deses C., Geriatria. Manual Moderno. 2da ed. México 2006.
- (27) Alcalá V., et. al., Afectos y depresión en la tercera edad. PSICOTHEMA, España 2007; 19 (001):49-56.
- (28) Bermeo M. J., et.al., Prevalencia de sintomatología depresiva autorreferida en adultos mayores, en el Municipio de Toluca, Estado de México, Agosto 2010- Enero 2011. Tesis. Universidad Autónoma del Estado de México. 2012.
- (29) Canto P. HG., Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. Universidad Veracruzana. México Julio- Diciembre 2004; 9(002): 257-270.
- (30) Tamayo JM., et.al., La importancia de la detección y el tratamiento de los síntomas somáticos en pacientes latinoamericanos con depresión mayor. Rev Bras Psiquiatr. São Paulo Junio 2007; 29(2)
- (31) Aguilar N. SG., et. al., Validez y confiabilidad del cuestionario ENASEM para la depresión en adultos mayores. Salud Pública. México. 2007; 49(4):256-262.
- (32) Muñoz C. H., Somatización: Consideraciones diagnósticas, Rev Med Colombia Enero-Junio 2009; 17(1): 55-64
- (33) Pérez M. VT., Arcia Ch. N., Comportamiento de los factores biopsicosociales en la depresión del adulto mayor. Rev. Cubana. Med Gen Integr. 2008. [Revista en Internet] Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&S086421252008000300002&Ing=es.
- (34) López S., Belloch A., La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. Rev. Psicopatología y Psicología clínica. España 2002; 7(2): 73-93.
- (35) Marc LG., et.al., Screening performance of the 15-item geriatric scale in a diverse elderly home care population. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 16(11): 914-921.
- (36) Guía de Práctica Clínica (GPC). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. IMSS-194-08. Actualizada en 2011.

(37) Alexopoulos GS., Depresión y otros trastornos del estado de ánimo en Geriatric Review Syllabus. 2001. 4ta ed.

(38) OMS. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10- Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor.

(39) Goodman&Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12va edición. McGrawHill. 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

**Escala Mínima del Estado Mental de Folstein
(Folstein modificado para México)**

1. ORIENTACIÓN

Por favor, dígame la fecha de hoy: _____ **5 PUNTOS**

¿En que año estamos? ()

¿En qué mes estamos? ()

¿Qué día del mes es hoy? ()

¿Qué día de la semana? ()

¿Qué hora es aproximadamente? ()

DAR UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

Total: _____

Por favor dígame en dónde estamos ahora (casa, consultorio, hospital) _____ **5 PUNTOS**

¿En qué lugar estamos? ()

¿En qué país? ()

¿En qué estado? ()

¿En que ciudad o población? ()

¿En qué colonia o delegación? ()

DAR UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

Total: _____

2. REGISTRO

3 PUNTOS

Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Flor ()

Coche ()

Nariz ()

Número de repeticiones/ensayos(1-6): _____

LA CALIFICACIÓN SE DETERMINA ÚNICAMENTE POR EL NÚMERO DE PALABRAS QUE LOGRÓ REPETIR EN EL PRIMER ENSAYO

3. ATENCIÓN Y CÁLCULO

5 PUNTOS

Ahora voy a pedirle que cuente para atrás restando de 4 en cuatro a partir del 40, por ejemplo $40-4=36$
 $4=32$...

28 ()

24 ()

20 ()

16 ()

12 ()

DAR UN PUNTO POR CADA RESPUESTA CORRECTA

Total: _____

4. MEMORIA (evocación).

3 PUNTOS

Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Flor ()

Coche ()

Nariz ()

Total : _____

5. LENGUAJE

9 PUNTOS

Denominación de objetos

Mostrar un reloj y una moneda al entrevistado ¿Cómo se llama esto? (2 puntos)

RELOJ ()

MONEDA ()

Repetición de frases:

Repita después de mí esta frase *No voy si tú no llegas temprano* (UN SOLO INTENTO/ 1 punto)

()

Total: _____

Comprensión de instrucciones verbales:

Colocar una hoja sobre una superficie y pedirle al entrevistado: *Tome la hoja con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso* (3 puntos)

Tomar la hoja de papel con la mano derecha ()

Doblarla ()

Tirlarla al piso ()

DAR UN PUNTO POR CADA ACCIÓN REALIZADA CORRECTAMENTE

Total _____

Comprensión de lenguaje escrito

Por favor haga lo que dice aquí: *Cierre sus ojos* (1 punto)

()

Total:_____

Escritura:

Escriba una oración que contenga un sujeto y un verbo, por ejemplo: *La niña juega* (1 punto)

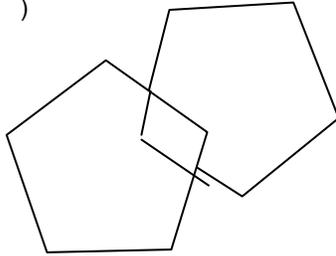
()

Total:_____

Copia de un modelo:

Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.(1 punto)

()



Total:_____

SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOSTOTALES DE LOS 5 APARTADOS

SUMA TOTAL: _____

Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-

Los resultados del Mini Mental Estate, dependerán de la puntuación alcanzada una vez habiendo hecho la prueba. 27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva. 24 puntos o menos: Sospecha patológica 24 a 12 puntos: Deterioro 12 a 9 puntos: Demencia Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración. El punto de corte para la demencia se establece en 24 puntos; si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejía, etc.) se recalcula proporcionalmente. Por ejemplo, 21 puntos sobre 26 posibles equivaldrían a un resultado de 24 puntos (se redondea al entero más próximo). El resultado final del MMSE se ajusta por edad del paciente y años de escolaridad (0-4años/ 5-8 años/ 9-12 años / más de 12 años). La siguiente tabla (JAMA) proporciona datos de referencia en función de la edad y del nivel educativo, y puede servir para comparar con los resultados de un paciente.

Tabla de referencia en función de edad y nivel educativo del sujeto

Edad en años	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
Estudios elementales	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
Estudios primarios	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
Estudios medios	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Estudios superiores	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

Tabla JAMA (Journal of the American Medical Association, 1993)

ANEXO 2

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA (YESAVAGE, 1986)

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | |
|---|--------------|
| 1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? | si NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI no |
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI no |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI no |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS

O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL : _____

3 Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.

De los 15 puntos, 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se responden negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

ANEXO 3.

CUESTIONARIO PARA SÍNTOMAS FÍSICOS: Marque con una X si ha presentado alguna de las siguientes enfermedades en las últimas 2 semanas.

		SI	NO
A.	SÍNTOMAS NO RELACIONADOS AL DOLOR		
1.	Me siento muy débil (cansado)/me faltan fuerzas		
2.	He tenido mareos y/o desmayos		
3.	No tengo sueño o tengo demasiado(no duermo bien)		
4.	No tengo hambre o tengo demasiado (no como bien)		
5..	Tengo diarrea, náuseas, vómitos, ascos o mucha flatulencia(gases)de manera regular/frecuente		
6.	Me falta la respiración o respiro muy rápido		
7,	Siento dormidas los brazos y/o las piernas		
B.	SÍNTOMAS RELACIONADOS AL DOLOR		
8.	Dolor de cabeza		
9.	Dolor en cuello sin causa aparente		
10.	Dolor en espalda sin causa aparente		
11.	Dolor en pecho sin causa aparente		
12.	Dolor en articulaciones (codos y rodillas) sin causa aparente		
13.	Dolor en abdomen		
14.	Dolor en brazos y/o piernas sin causa aparente		

Las respuestas solo indican la presencia o ausencia de dichos síntomas físicos relacionados con depresión.

