

11274
9



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN
ANCIANOS MEXICANOS

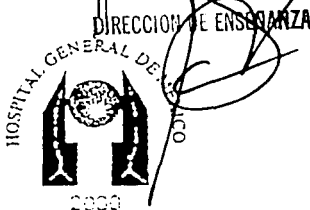
SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
ORGANISMO CENTRALIZADO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA



P R E S E N T A :
DRA. GABRIELA OCEGUEDA AZPEITIA

ASESOR DE TESIS :
DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACIÓN DESCONTINUA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

Aceptación de tesis de posgrado para obtener el grado de
médico subespecialista en Geriátría

Dr. Armando Richardo Fuster
Director de tesis

Dr. Octavio Amancio Chassin
Asesor metodológico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS MEXICANOS

Dra. Gabriela Ocegueda Azpeitia
Médico Residente del servicio de Geriatria
del Hospital General de México O.D.

Dr. Armando Pichardo Fuster
Jefe del servicio de Geriatria
del Hospital General de México O.D.

Dr. Octavio Amancio Chassin
Departamento de Epidemiología
del Hospital General de México O.D.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	
Antecedentes.....	2
Planteamiento del Problema.....	11
Objetivos.....	11
Justificación.....	12
Material y métodos	12
Resultados	15
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
Tabla 4.....	22
Figura 1.....	23
Figura 2.....	23
Figura 3.....	24
Figura 4.....	24
Figura 5.....	25
Figura 6.....	26
Figura 7.....	27
Figura 8.....	28
Figura 9.....	29
Figura 10.....	30
Discusión	31
Conclusiones	34
Bibliografía	35
Apéndice	43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Objetivo: Conocer la prevalencia de depresión en ancianos mexicanos

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, prolectivo, prospectivo y transversal. Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D. en el período comprendido entre el 1 de julio del 2001 al 30 de junio del 2002 y se les aplicó la escala de depresión geriátrica GDS, escalas funcionales y cognoscitivas, investigándose sus características demográficas y clínicas, así como las posibles causas de depresión.

Resultados: De los 2,013 pacientes valorados en la consulta externa, durante el período de estudio, 196 presentaron depresión, con una prevalencia del 9.7 %. De éstos 149 (76%) fueron mujeres, y 47 (24%) fueron hombres. 103 (52%) pacientes presentaban depresión moderada, y el 48% restante presentaban depresión severa. Todos los pacientes presentaron tristeza, y todos a excepción de 2 presentaron anhedonia (194) la minusvalía también se presentó en casi todos los pacientes (192), el síntoma menos frecuente fue alteración psicomotriz sólo en 10 pacientes correspondiendo al 5.1% Dos o tres enfermedades fueron las presentadas por el mayor número de pacientes. La mayoría de los pacientes recibían entre uno y tres medicamentos.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en pacientes ancianos en la consulta externa del servicio de Geriatria fue de 9.7% Las causas más frecuentes de depresión fueron por enfermedad clínica y secundaria al uso de medicamentos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

Estudios epidemiológicos han encontrado que las alteraciones mentales más comunes en la comunidad, son los problemas depresivos. La depresión clínicamente significativa, en el anciano, es un problema serio de salud pública, tanto por su prevalencia como por la morbilidad y mortalidad que la acompañan. ^(1,2,3)

En el anciano, existe un balance frágil entre el adecuado funcionamiento físico y la disfunción por enfermedad. Este balance es particularmente delicado para el cerebro, cuya disfunción es fuente de síntomas psiquiátricos. El cerebro es particularmente sensible a agresiones de múltiples fuentes incluyendo enfermedades orgánicas y los efectos de diferentes sustancias incluyendo medicamentos. ⁽⁴⁾

La población geriátrica experimenta un incremento en la frecuencia de diversas enfermedades médicas incluyendo tumores (benignos o malignos), enfermedades pulmonares, cardiovasculares, anomalías metabólicas, endocrinopatías y condiciones neurológicas. ^(4,5)

Debido a la sensibilidad del cerebro, todas estas condiciones pueden presentarse con síntomas psiquiátricos, aunado al hecho de que estas condiciones hacen que el anciano tenga que ser medicado, usualmente con múltiple medicación, para lo cual la función cerebral es vulnerable. ^(6, 7)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estas condiciones pueden llevar al anciano al desarrollo de síntomas depresivos y de ansiedad. (4,5,6,7)

Globalmente los reportes de prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos varía ampliamente desde un 4% hasta un 35% . (8,9) Blazer y col (10) reportaron una prevalencia del 9% entre los mayores de 65 años dentro del estudio EPESE; Blazer y Williams (9) encontraron una prevalencia del 14.8% para personas de 65-74 años; Frerich y colaboradores (11) reportan 16.7% en mayores de 65 años; Comstock y Helsing (12), reportan 12.3%; Murell y col (13) reportaron 21.5% en mayores de 55 años, Martín y colaboradores (14) encuentran 38.3%; Macdonald reporta, a su vez, una prevalencia del 15% en mayores de 65 años, en la población general, 25% en pacientes de consulta externa y hasta 30% en pacientes institucionalizados. (15)

De acuerdo al género existe una prevalencia mayor en la mujer con una relación de 2/1, manteniéndose esta relación en distintas culturas, aunque a mayor edad la diferencia entre sexos se reduce. (16)

Las razones para esta variabilidad son las siguientes: Murrell sugiere que muchos estudios al realizar el análisis por grupo de edad, resultaron con muestras muy pequeñas y no representativas. (13) Además, los estudios iniciales sólo incluían a los casos de origen psiquiátrico descartando los casos de duelo o los cuadros secundarios a causa orgánica, lo cual corresponde a la mayoría de los casos en los ancianos . (8, 9) También los factores de riesgo para la depresión son los mismos pero su distribución e impacto en la prevalencia de dicha

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enfermedad puede variar en forma importante de una muestra a otra (10, 13, 17)

Se reconoce que en los pacientes jóvenes el origen de la enfermedad es psiquiátrico mientras que en el anciano las causas más comunes son las orgánicas o por duelo. Por lo anterior se explica porque se reconoce que la prevalencia de los síntomas depresivos se incrementa con la edad, pero la prevalencia de trastorno depresivo mayor no. (18,19,20)

La depresión en el anciano puede ser un nuevo episodio en una persona que la tuvo previamente o bien observarse por primera vez a esta edad. Corresponde aproximadamente la mitad a uno y otro tipo, aunque para algunos, las formas tardías llegan al 80%. (21)

Se acepta que el mejor mecanismo para identificar la prevalencia de síntomas depresivos es por medio de la utilización de escalas de depresión.⁽⁹⁾ Una de las más aceptadas es la escala de depresión geriátrica (GDS; Yesavage et al, 1983) apoyada por el Colegio Real de Psiquiatras y la Sociedad Británica Geriátrica. (22)

Ha sido validada en varias ocasiones tanto en poblaciones de la comunidad, como en asilos y en pacientes hospitalizados. (8,22,23)

Al compararse con entrevista psiquiátrica estandarizada el GDS mostró una sensibilidad del 92% y especificidad del 89%, un valor predictivo positivo de 53% y un valor predictivo negativo de 99%. (24)

La escala de depresión geriátrica fue abreviada a 15 y 5 reactivos para disminuir el tiempo de evaluación, teniendo la primera una

sensibilidad del 88% y especificidad del 75% y la segunda una sensibilidad del 76% y especificidad del 75%. (25)

A edades tardías tiene más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos y de personalidad. (26)

Las teorías etiológicas de los trastornos afectivos incluyen teorías biológicas, psicológicas y psicosociales y el inicio de depresión en la edad geriátrica incluye una red de causas, contribuyendo para la depresión cada una de ellas mezclándose para formar una sola vía que lleva al paciente a la depresión.

Los cambios estructurales cerebrales y desregulación de transmisores químicos mecanismos hormonales de retroalimentación y del ritmo circadiano son más frecuentemente implicados en su fisiopatología. (26, 27)

Existen cambios estructurales en el cerebro relacionados con la edad, tales como lesiones difusas de materia blanca, probablemente secundarios a insuficiencia vascular, en las áreas subcorticales del cerebro y de menor manera en los núcleos del sistema límbico, especialmente el hipocampo, sin embargo estos cambios son más comunes en pacientes con depresión que en aquellos que no la presentan. (28)

En el anciano existe depleción de neurotransmisores, con menor número y sensibilidad de los receptores. Disminuye la síntesis, la destrucción es más rápida y hay menor disponibilidad de éstos por disminución de las neuronas. Hay disminución de dopamina, noradrenalina y serotonina, así como la función colinérgica, sin

embargo existe un aumento de los productos metabólicos de la serotonina, el ácido 5-hydroxindolacético (5-HIAA) y la enzima monoaminoxidasa. ⁽²⁹⁾

La desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal se ha asociado también con depresión. ^(30,31)

La depresión se relaciona con las reacciones psicológicas ante la pérdida de un objeto significativo y la pérdida puede ser física o psíquica.

En el anciano se producen diversas pérdidas de forma acumulativa: pérdida de seres queridos, de nivel social y económico, relaciones sociales, salud, independencia, seguridad, acomodación, perspectivas de futuro y autoestima. Es la etapa de la vida de la jubilación y la consecuente disminución de los ingresos y merma del reconocimiento social por menor nivel social. ^(26, 32)

La muerte de personas cercanas provoca el dolor de la disminución del número de amistades y de relaciones, que aumentan el aislamiento y la soledad. ⁽³³⁾ La salud a menudo precaria, repercute psicológicamente en el estado de ánimo. ⁽³⁴⁾

El duelo es la forma de reaccionar ante la pérdida de una persona o un objeto significativo. En su proceso se analiza lo actual y lo pasado, y pueden aparecer sentimientos de culpabilidad. En la vejez estos procesos pueden resultar particularmente difíciles ya que el pasado es abundante e intenso, porque tienen acumulados duelos de toda su vida y queda menos tiempo para elaborar un futuro. ^(30,32,33)

La personalidad previa predispone de manera decisiva a padecer depresiones, considerándose la depresión como la agravación de un tipo normal de temperamento y es conocida como personalidad anancástica y tienen mayor riesgo de padecerla el tipo melancólico, por su necesidad de rendimiento, de sentirse en deuda hacia el otro y proclive a la culpa (35)

Las personalidades exageradamente independientes, si sufren alguna incapacidad, pueden encontrar dificultad para adaptarse a la nueva situación. Lo mismo ocurre con la personalidades narcisistas con problemas para elaborar las pérdidas y la autodevaluación, y los obsesivos por su tendencia a la culpabilidad. (32)

Los factores económicos influyen solamente en la medida en que repercuten en la buena o mala salud en general, el aislamiento social o las incapacidades físicas. (26)

Existe una alta incidencia de enfermedades relacionadas con síntomas de depresión, tales como condiciones médicas crónicas (especialmente aquellas con dolor crónico o pérdida de su funcionalidad). (4,36,37)

La sintomatología de depresión puede aparecer en respuesta a la enfermedad física en sí, o ser debido al tratamiento recibido para una condición clínica. (37)

La depresión es especialmente prevalente en ciertas entidades clínicas. Cohen-Cole reporta una frecuencia de depresión del 6% al 39% en pacientes con cáncer, del 18% al 19% en cardiopatía

isquémica, 10% al 17% en pacientes con enfermedad de Parkinson y de un 22% al 50% en pacientes con evento vascular cerebral. (38)

Estos hallazgos son similares a los reportados por Cassem, que además reporta que la incidencia es menor en pacientes de consulta externa, que en los pacientes hospitalizados, reporta además una frecuencia del 30% en pacientes con insuficiencia renal crónica, los pacientes con dolor crónico tuvieron una prevalencia del 32% de depresión. (4, 39)

La depresión ocurre más frecuentemente en enfermedades sistémicas que involucran el sistema nervioso central (39,40)

Las siguientes entidades se relacionan con depresión en el viejo:

Enfermedades endocrinas y metabólicas:

Hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, alteraciones del calcio, enfermedad de Addison, diabetes mellitus.

Enfermedades neurológicas:

Enfermedad de Parkinson, Evento Vascular Cerebral, demencias, hematoma subdural, esclerosis lateral amiotrófica.

Enfermedades malignas:

Tumores del SNC (primario o secundario)

Leucemia

Tumores pancreáticos

Tumores pulmonares

Insuficiencia de órganos vitales:

Insuficiencia cardíaca

EPOC

Insuficiencia hepática

Insuficiencia renal

Otros:

Cardiopatía isquémica

Lupus eritematoso generalizado

Infecciones del SNC o sistémicas

Deficiencia de vitamina B₁₂, tiamina y ácido fólico. (4, 37-43)

Los medicamentos son una fuente significativa de síntomas depresivos en el anciano, de todos los fármacos tomados por los ancianos, los antihipertensivos son los más frecuentemente implicados en la inducción de depresión tales como la metildopa, propranolol, clonidina, reserpina.

Los antiparkinsonianos (levodopa y carbidopa) y Psicotrópicos: Sedantes tales como los barbitúricos, las benzodiacepinas y el meprobamato; antipsicóticos tales como clorpromacina y haloperidol; hipnóticos como el hidrato de cloral y flurazepam.

Medicamentos hormonales: Corticosteroides, progesterona y estrógenos

Cardiovasculares: Digoxina, diuréticos, medicamentos antiarrítmicos

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Analgésicos: Narcóticos como morfina, codeína, meperidina, pentazosina y propoxifeno y No narcóticos como la indometacina.

Otros también relacionados son: Antagonistas de receptores H₂, quimioterapia, sulfonilureas. (4, 36, 43- 45)

Los criterios para el diagnóstico de depresión en el viejo, de acuerdo a una adaptación del Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders cuarta edición (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría son los siguientes:

Tristeza y pérdida del interés o placer, más cuatro de los siguientes o tres si existen los dos primeros:

Pérdida o ganancia de peso, trastornos del sueño, alteración psicomotriz, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de culpa o minusvalía, dificultad para concentrarse, ideas de muerte o ideación suicida. (4, 28,36,46,)

Estudios controlados demuestran que el 75% al 80% de los ancianos muestran una buena respuesta a los antidepresivos. (47-50)

En los ancianos con depresión se obtiene la recuperación del 90% de los casos y recaen en el 29%. (51)

La mayoría de los autores creen que un inicio después de los 60 años pronostica una respuesta menos favorable, y la existencia de los siguientes factores, también se ha relacionado con peor pronóstico:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de deterioro cognoscitivo, más enfermedades somáticas, falta de soporte social, cuadro más grave, mayor cronicidad, más incapacidad funcional, comienzo más tardío. ^(52,53)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en el anciano, pocas veces es diagnosticada debido a que no se busca intencionadamente.

¿Cuál es la prevalencia de depresión y qué características demográficas, etiológicas y clínicas presentan los pacientes de la unidad de consulta externa del servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D.?

OBJETIVOS

- Conocer la prevalencia de depresión en los pacientes de la unidad de consulta externa del servicio de Geriatria del Hospital General de México.
- Identificar las características demográficas y clínicas de los pacientes con depresión
- Conocer las causas de depresión en nuestra población

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

JUSTIFICACIÓN

El estudio permitirá conocer la prevalencia y magnitud del problema de depresión y las características demográficas, clínicas y causales en la población de la consulta externa de Geriatria del Hospital General de México, O.D. permitiendo un mejor conocimiento e intervención en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, prolectivo, prospectivo y transversal

Se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D. en el período comprendido entre el 1 de julio del 2001 al 30 de junio del 2002.

VARIABLES DEPENDIENTES ESTUDIADAS:

Características demográficas del paciente:

Se recolectó información respecto a la edad, escolaridad en años terminados como variables continuas, género. (véase apéndice)

Entorno social:

Se solicitó información acerca de dinámica familiar y económica, o duelos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Síntomas depresivos:

Detectándose por medio de la escala de depresión geriátrica GDS de 15 reactivos. Se definió como paciente con depresión moderada aquel que presentara de 5 a 10 puntos y como depresión severa aquel que presentara más de 10 puntos. Se interrogó acerca de trastornos del peso y del sueño, y alteración psicomotriz.

Estado funcional:

Se determinó a través de la escala Katz para conocer el grado de funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria, que incluyen dependencia o independencia en las siguientes actividades: ducha, vestido, ir al baño, transferencias, continencia y alimentación. La calificación es de 0 a 6, donde entre mayor calificación significa mayor dependencia, clasificándose como dependiente cuando tiene 2 o más puntos. ^(54,55)

El estado funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria valorada a través de la escala Lawton Brody que valora dependencia o independencia en las siguientes actividades: capacidad para usar el teléfono, compras, cuidado del hogar, lavandería, transporte, medicación y finanzas, la calificación es de 0 a 8, donde la mayor calificación significa menor dependencia. En mujeres y hombre que viven solos, se clasifica como dependiente si tiene 7 o menos puntos y en hombres que no viven solos se clasifica como dependiente si tiene menos de 5 puntos. ^(54,55)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estado cognoscitivo:

Determinado por el examen mínimo del estado mental (Mini-Mental State Examination, MMSE), consta de 11 reactivos con puntaje de 0 a 30, a menor puntuación más deterioro cognoscitivo, si el paciente tiene 6 o más años de escolaridad se clasifica como anormal si tiene menos de 24 puntos; 5 o menos años de escolaridad se clasifica como anormal cuando tiene menos de 20 puntos.

Estado clínico:

Se obtuvo información de los diagnósticos clínicos presentes en los pacientes y su farmacoterapia, identificándose las entidades clínicas y los medicamentos conocidos como causa de depresión.

A todos los pacientes de la consulta externa, del período de estudio se les realizaron las escalas geriátricas comentadas, y al detectarse depresión, se aplicó el formato, donde se listan todas las variables estudiadas (ver apéndice)

La información se manejó a través del procesador Excel (office 2000), Obteniéndose medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rango y desviación tipo). Se elaboraron tablas y figuras de las variables más importantes

RESULTADOS

De los 2,013 pacientes valorados en la consulta externa, durante el período de estudio, 196 presentaron depresión, con una prevalencia del 9.7 %.

De éstos 149 (76%) fueron mujeres, y 47 (24%) fueron hombres.

De los 196 pacientes detectados con depresión, 103 (52%) pacientes presentaban depresión moderada, y el 48% restante presentaban depresión severa. (fig 1)

En la valoración de deterioro cognoscitivo a través del Folstein se reveló que 14 pacientes presentaban deterioro cognoscitivo, correspondiendo al 7% de todos los pacientes (fig 2)

A nivel funcional, se encontró deterioro en las actividades de la vida diaria (valoradas a través de la escala de Katz) en 36 pacientes correspondiendo al 18%. En las actividades instrumentales (valoradas por la escala de Lawton Brody) 55 pacientes correspondiendo al 28% (fig3 y 4)

Todos los pacientes presentaron tristeza, y todos a excepción de 2 presentaron anhedonia (194) la minusvalía también se presentó en casi todos los pacientes (192), el síntoma menos frecuente fue alteración psicomotriz sólo en 10 pacientes correspondiendo al 5.1% (tabla 1)

La mayoría de los pacientes presentaron 5 ó 6 síntomas correspondiendo a 54% de los pacientes, sólo un paciente presentó dos síntomas, 14 (7.1 %) presentaron 3 síntomas, 23 (11.7%)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tuvieron 4, 21 (10.7%) pacientes presentaron 7 síntomas, 26(13.4%) pacientes presentaron 8 síntomas y 5 (2.6%) presentaron el máximo de síntomas que fueron 9, el promedio de síntomas fue de 5.75 ± 1.5 , una mediana y moda de 6 (fig 5)

Los pacientes con etiología múltiple de depresión predominaron correspondiendo a 158 y un porcentaje del 86%, siendo la etiología más frecuente la debida a medicamentos y enfermedades clínicas, otras combinación menos frecuentes fueron el duelo mezclado con el uso de medicamentos con 16 (8.2%) de pacientes, se identificó la enfermedad como única responsable de depresión en 11 (5.6%) pacientes, el duelo solo se encontró como responsable de la depresión en 10 (5.1%) pacientes, los medicamentos como causa única se encontraron en el mismo número de pacientes que el duelo y sólo hubo 6 pacientes, en los cuales no se identificó ninguna factor responsable de la depresión. (tabla 2)

El grupo de edad donde más frecuentemente se detectó la depresión fue en el comprendido de los 70 a 75 años, con 79 (40.3%) pacientes en dicho grupo, seguido del grupo entre 76 y 80 años de edad con 57 (29%) pacientes, en el grupo de 81 a 85 años hubo 31 (15.9%) pacientes presentándose 29 (14.8%) pacientes mayores de 85 años, siendo la edad mínima de 70 años y la máxima de 100 años con una edad promedio de 78.2 ± 6.1 , una mediana de 78 y moda de 74 (fig 6)

La mayoría de los pacientes recibían entre uno y tres medicamentos, con 44, 42 y 43 pacientes correspondiendo a 1, 2 y 3 medicamentos, respectivamente, con un total de 65.8%, seguido de aquellos que recibían 4 medicamentos que fueron 26 (13.2%) pacientes, 25 (12.7%) pacientes recibían de 5 a 8 medicamentos y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

solo 2 (1%) pacientes recibían 9 medicamentos, también se reveló que 14 (7.1%) pacientes no recibían ningún medicamento. El promedio de los medicamentos recibidos por paciente fue de 2.7 ± 1.8 , y la mediana fue de 2 con una moda de 1. (fig 7)

Dos o tres enfermedades fueron las presentadas por el mayor número de pacientes, en 65 y 55 pacientes respectivamente, abarcando el 61.2 % de todos los pacientes 35 (17.8 %) de los pacientes tenían una sola enfermedad clínica identificada 21 (10.8%) pacientes presentaban 4 enfermedades clínicas, 9 (4.6 %) pacientes presentaron de 5 a 7 enfermedades y en 11 (5.6%) de los pacientes no se identificó ninguna entidad clínica; el promedio de enfermedades presentadas fue de 2.4 ± 1.3 , con mediana y moda de 2, ambas. (fig 8)

Los medicamentos responsables de depresión fueron los cardiológico(digoxina, diuréticos como el furosemide y las tiazidas) en 52% de los pacientes, los AINES (indometacina, meloxicam, diclofenaco) lo fueron en en 43 % de los pacientes, seguidos de los antagonistas H₂ (clmetidina o ranitidina) en 18% de los pacientes, otros fueron menos frecuentes como los beta-bloqueadores (metoprolol, propanolol) en 5 % de los pacientes y las benzodiacepinas (clonazepam, alprazolam) y los antiparkinsonianos (levodopa-carbidopa) responsables de la depresión en 2% de los pacientes cada uno. (tabla 3)

Los pacientes que recibían 2 medicamentos reconocidos como responsables de la depresión predominaron representando el 55% (108) de los pacientes, 50 (25.5%) pacientes recibían 3 y 28 (14.3%)

recibían sólo uno y 10 (5.1 %) recibían un solo medicamento responsable de depresión (fig 9)

Respecto a las entidades clínicas responsables de depresión, las más frecuentes fueron el dolor crónico presente en 72 (36.7%) de los pacientes seguido de cardiopatía isquémica en 39 (20%) pacientes, diabetes mellitus 2 en 34 (17.6%) pacientes y la fatiga crónica en 32 (16.3%) de los pacientes, aunque se detectaron 11 entidades clínicas responsables de depresión, cuando menos una de estas enfermedades estuvo presente en los pacientes., aunque se detectaron 11 entidades clínicas responsables de depresión (tabla 4)

La mayoría de los pacientes presentaron 2 enfermedades identificadas como responsables de depresión, representando al 45.4 % (89 pacientes); 51(26%) pacientes presentaron 3 enfermedades responsables de depresión enfermedades, 47(24%) pacientes tenían sólo una enfermedad responsable de depresión y llamó la atención que 9(4.5%) pacientes tuvieron hasta 4 o 5 entidades responsables de depresión. (fig 10)

Tabla 1. Frecuencia de síntomas que presentan los pacientes con depresión moderada y severa de acuerdo con el GDS

SÍNTOMA	DEPRESIÓN			
	Moderada		Severa	
	Nº	%	Nº	%
Tristeza	103	100	103	100
Anhedonia	103	100	91	97.8
Minusvalía	102	99	90	96.8
Alteración de la memoria	70	67.9	75	80.6
Pensamientos de muerte	61	59.2	76	81.7
Pérdida de energía	49	47.6	77	82.8
Trastornos del sueño	17	16.5	75	80.6
Trastornos del peso	4	3.8	23	24.7
Alteración psicomotriz	3	2.9	7	3.0

NOTA: El nº y el % de pacientes excede el 100%, debido a que los enfermos presentaron varios síntomas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Causas de la depresión

Etiología	Nº pacientes	%
Enfermedad clínica y Medicamentos	114	58.2
Enfermedad clínica y Duelo	28	14.3
Medicamentos y Duelo	16	8.2
Enfermedad clínica	11	5.6
Medicamentos	10	5.1
Duelo	10	5.1
Primaria	6	3.5
Total	196	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 3. Medicamentos responsables de depresión

Medicamento	Nº pacientes	%
Cardiológicos	102	52.0
Analgésicos	81	41.3
Antagonistas de receptores H ₂	36	18.4
Beta-bloqueadores	10	5.1
Benzodiacepinas	4	2.0
Antiparkinsonianos	4	2.0
Opioides	1	0.5

NOTA: El nº y el % de pacientes excede el 100%, debido a que los enfermos recibían varios medicamentos responsables de depresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Enfermedades responsables de la depresión

Enfermedad	Nº pacientes	(%)
Dolor Crónico	72	36.7
Cardiopatía Isquémica	39	20.3
Diabetes Mellitus	34	17.6
Fatiga Crónica	32	16.3
Evento Vascular Cerebral	16	8.0
Insuficiencia Renal Crónica	10	5.1
Hipotiroidismo	10	5.1
Cáncer	5	2.5
Enfermedad de Parkinson	4	2.0
Hipertiroidismo	3	1.5
Demencia	1	0.5

NOTA: El nº y el % de pacientes excede el 100%, debido a que los enfermos tenían más de una entidad clínica responsable de depresión

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Diagnóstico de depresión por escala GDS

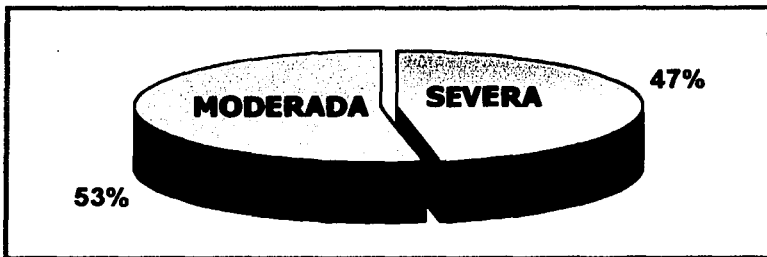


Figura 1

Valoración cognoscitiva por escala Folstein

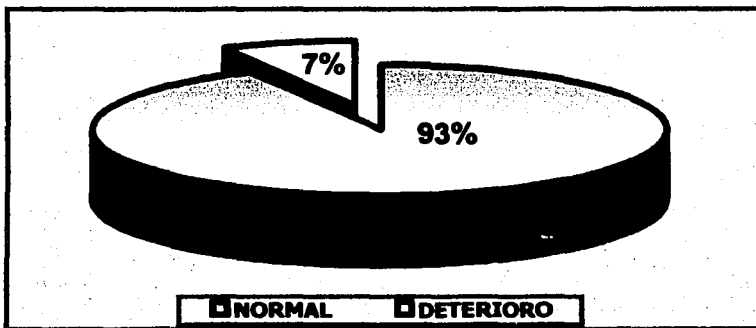


Figura 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Valoración Funcional

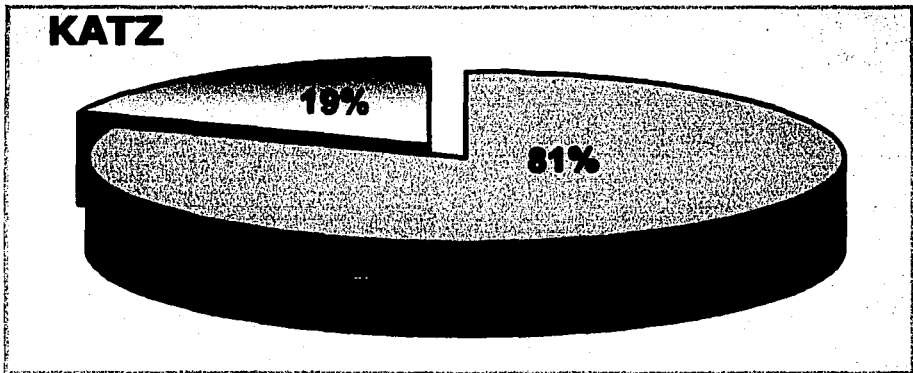


Figura 3

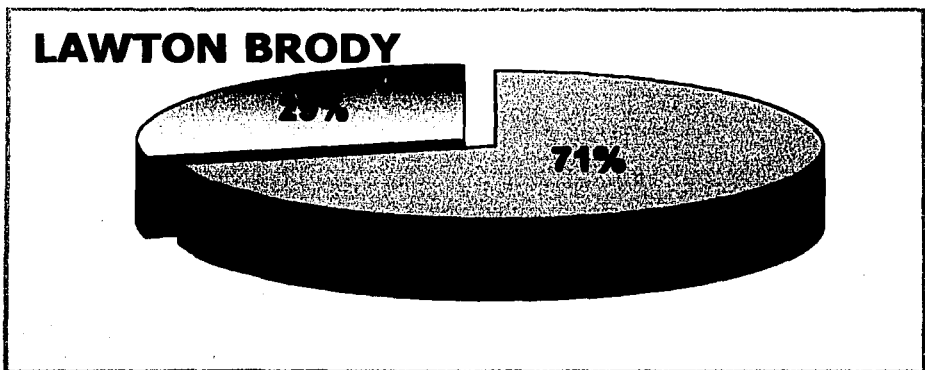


Figura 4

● normal ● anormal

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Número de síntomas por paciente

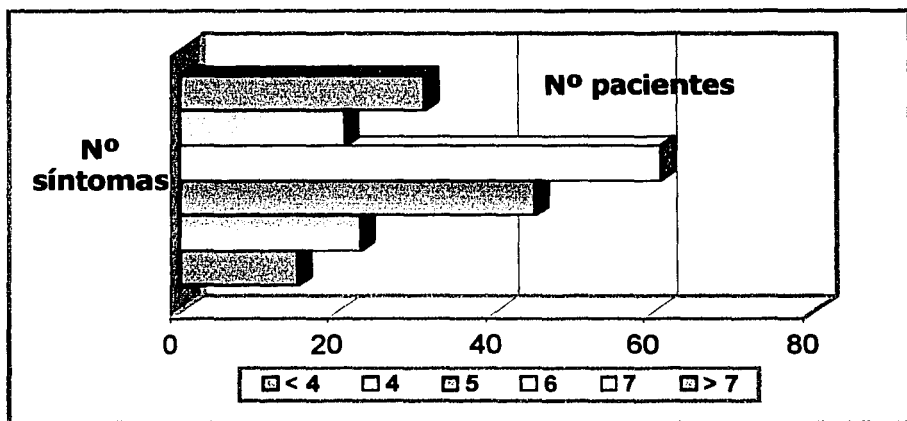


Figura 5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pacientes con depresión por grupos de edad

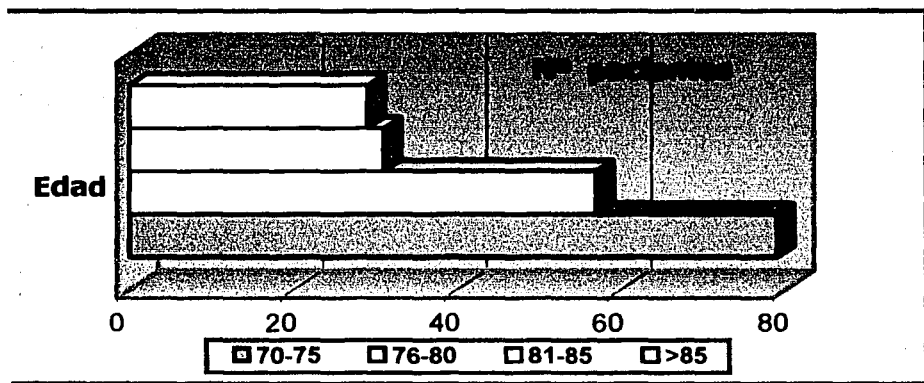


Figura 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Número de medicamentos por paciente

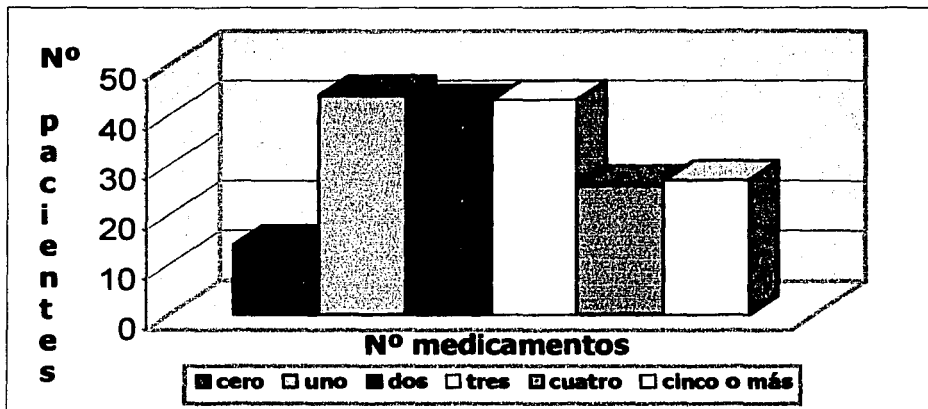


Figura 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Número de enfermedades por paciente



Figura 8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nº medicamentos relacionados a depresión

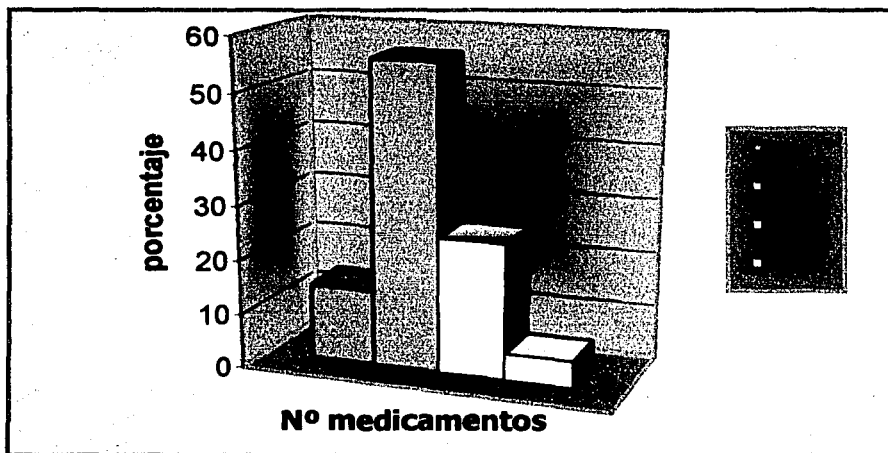


Figura 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nº enfermedades relacionadas a depresión

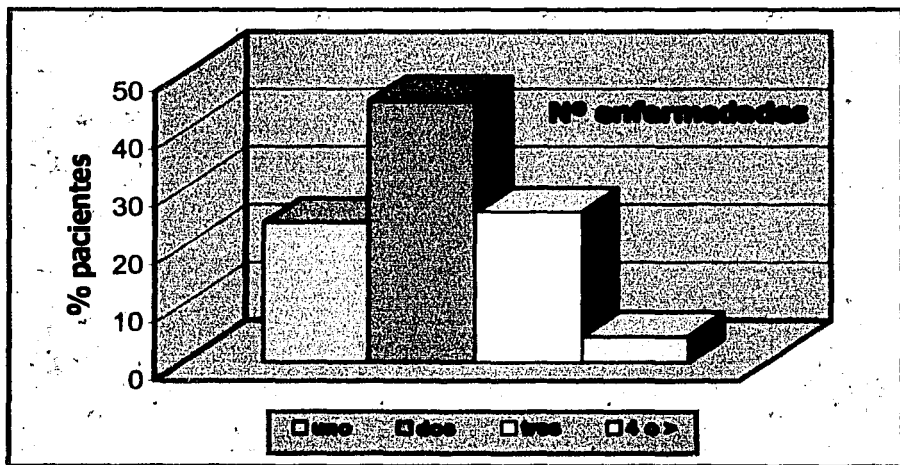


Figura 10

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN

En este estudio se encontró una prevalencia de depresión del 9.7% en pacientes de consulta externa, similar a algunos autores como Blazer y col ⁽¹⁰⁾ reportaron una prevalencia del 9% entre los mayores de 65 años, Comstock y Helsing ⁽¹²⁾ reportan 12.3% dentro del estudio EPESE; Blazer y Williams ⁽⁹⁾ encontraron una prevalencia del 14.8% para personas de 65-74 años; Frerich y colaboradores ⁽¹¹⁾ reportan 16.7% en mayores de 65 años.

Aunque globalmente los reportes de prevalencia de síntomas depresivos entre los ancianos varía ampliamente desde un 4% hasta un 35% y en un consenso en 1997 se refiere que la depresión sub-sindromática prevalece de un 13 hasta un 27% entre la población anciana ⁽⁵⁶⁾

Encontramos que el género femenino tuvo una relación 3/1 con respecto al hombre, Ames ⁽¹⁶⁾ reporta un frecuencia mayor en la mujer con una relación de 2/1, manteniéndose esta relación en distintos países, aunque a mayor edad la diferencia entre sexos se reduce, Comstock ⁽¹³⁾ reporta, también, una mayor frecuencia en las mujeres con relación de 2/1 respecto a los hombres.

La diferencia que se presenta en nuestros pacientes, en la cual la prevalencia de depresión es mucho más frecuente en las mujeres, puede ser debida a la mayor expectativa de vida en éstas, por lo que al haber más mujeres que hombres en edad geriátrica, es esperado que sea más las mujeres que se detecten con depresión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El deterioro cognoscitivo, es considerado un factor de riesgo para depresión de acuerdo a lo reportado por varios estudios como el de Liu y Berkman^(8,57) reportándose una relación importante de la demencia con depresión, sin embargo puede presentarse también demencia de manera secundaria a la depresión, algunos autores como Burt y cools⁽⁵⁸⁾ han reportado que 30% de las depresiones presentan trastornos cognoscitivos.

En nuestro estudio 7% de los pacientes tenían deterioro cognoscitivo, sin embargo sólo un paciente presentó demencia, lo cual podría explicar que el porcentaje de deterioro cognoscitivo sea bajo. Por otro lado cabe mencionar que dado el diseño del estudio, no se puede aclarar la relación causa y efecto de depresión en el estado cognoscitivo.

En cuanto a la funcionalidad del paciente existe una fuerte evidencia de la relación independiente con depresión como lo reportaron Meyers, Blazer y Liu^(8,10,18), sólo cabe mencionar que Berkman⁽⁵⁷⁾ no encontró relación entre Katz y depresión.

En nuestros ancianos las escalas de Katz y Lawton Brody mostraron una relación de la depresión más estrecha con la dependencia a las actividades instrumentales (Lawton Brody) que con las actividades básicas de la vida diaria (Katz) manifestado por un 29 % de pacientes con deterioro en las actividades instrumentales, y un 19% de pacientes con deterioro en las básicas.

Todos los pacientes de nuestro estudio presentaron tristeza, el 97.8% anhedonia y minusvalía (96.8%), y en casi todos hubo por lo menos 2 síntomas además de la tristeza, cumpliendo con los criterios

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

diagnósticos del DSM-IV, reportándose similar sintomatología por los autores Rakel, Farooq, Marsh, y Hazzard ^(4, 28,36,46)

La mayoría de los autores, como Marsh, Ouslander, Cassem y Hermann han señalado las múltiples patologías y la medicación múltiple como los factores de riesgo más importantes para depresión en el anciano, siendo mayor el riesgo a mayor número de enfermedades clínica y de medicamentos recibidos ^(4,37-40,49)

En este estudio, también, encontramos múltiples enfermedades y la recepción de múltiples medicamentos, como responsables de depresión aunque nuestros ancianos presentaron en promedio 2.4 enfermedades \pm 1.3 y tomaban en promedio 2.7 medicamentos \pm 1.8.

En nuestros ancianos los cuadros clínicos asociados a la depresión (dolor crónico, diabetes mellitus, fatiga crónica y cardiopatía isquémica fueron las más frecuentes) fueron similares a lo reportado por otros autores como Marsh ,Ouslander, Robinson, Talbot y Starkstein. ^(4,37,41-43) de igual manera que los medicamentos responsables de la depresión, fueron similares los encontrados en este estudio que los reportados por estos mismos autores.

CONCLUSIONES

1. La prevalencia de depresión en pacientes ancianos en la consulta externa del servicio de Geriátría fue de 9.7%

2. Las causas más frecuentes de depresión fueron por enfermedad clínica y secundaria al uso de medicamentos (cardiovasculares y AINES)

3. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres la tristeza, anhedonia, minusvalía, pensamientos de muerte, pérdida de la energía y trastornos del sueño, son los síntomas que se presentan con mayor frecuencia (más del 80 % de los pacientes).

BIBLIOGRAFÍA

1. Baldwin RC. Depression in the elderly. *The British Journal of psychiatry* 170 (3); 1997: 292-295.
2. Gurland BJ, Cross PS. Epidemiology of psychopathology in old age: some implications for clinical services. *Psychiatric Clinic of North America* 5; 1982: 11-26
3. Diagnostic and Treatment of Depression in Late Life. NIH Consensus Statement 9 (3);1991: 1-27
4. Marsh MC. Psychiatric presentations of medical illness. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (1); 1997: 181-204
5. Allen A, Blazer DG. Mood disorders, Comprehensive Review Geriatric Psychiatry. *American Psychiatric Press*; 1991: 337-352
6. Alessi CA, Cassel CK. Medical evaluation and common medical problems Comprehensive Review Geriatric Psychiatry. *American Psychiatric Press*; 1996: 251-285
7. Maldonado JL, Fernández F, Garza ES, Levy JK. Depression and its treatment in neurological disease. *Psychiatr Ann*; 1997: 341-359
8. Liu CY, Wang SJ, Teng EL. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. *Psychological Medicine* 27; 1997: 943-949

9. Blazer D, Burchett B, Service C. The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *J Gerontol*, 46; 1991: 210-213
10. Blazer D, Huges DC, George LK. The epidemiology of depression in an older community population. *Gerontologist*, 27; 1987:281-300
11. Frerichs RR, Aneshensel CS, Clark VA. Prevalence of depression in Los Angeles county. *Am J Epidemiol*; 1981: 691-9
12. Phifer JF, murrell SA. Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *J Abdorm Psicol*, 95; 1986: 282-291
13. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol*, 117; 1983: 173-85
14. Kinzie JD, Lewinsohn P, Maricle R. The relationship pf depression to medical illness in an older community population *Compr Psychiatry*, 27; 1986: 241-246
15. Macdonald AJ. ABC of mental health: Mental health in old age. *BMJ*,315 (7105); 1997: 413-417
16. Ames D. Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 6; 1991:347-54
17. Jorm AF, Henderson AS, Scott R. Factors associated with the wish to die in the elderly people. *Age Ageing*, 24; 1995: 389-392

18. Meyers BS. Geriatric depression, *Curr Opin Psychiatry*, 7; 1994: 337-341
19. Kanowski S. Age dependent epidemiology of depression. *Gerontology*, 49 (supl 1); 1994: 1-4
20. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am Psychiatry*, 137; 1980: 439-44
21. Ojen RV, Hooljier CH, Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community, aearly onset and the decreased of vulnerability with increasing age. *J Affect Disord*, 33; 1995: 159-166
22. Koenig H, Meador KG, Cohen HG, Blazer DG. Self rated depression scales and screening for major depression in older hospitalized patient with medical illnes. *J Am Geriatr Soc*, 36; 1988: 699-706
23. McGivney SA, Mulvhill M, Taylor B. Validating the GDS depression screen in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*, 42; 1994: 490-92
24. Yesavage JA, Brink TL. The geriatric depression scale. A guide to rating scales and questionnaires. *Nw York Oxford University Press*, 1996
25. Parker, Gordon, Kalucy, Megan. Depression comorbid with physical illnes. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(1); 1999: 87-92

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26. West CG, Reed DM, Gildengorim GL. Can money buy happiness?. Depressive symptoms in an affluent older population. *J Am Geriatr Soc*, 46; 1998: 49-57
27. Winokur G, Behar D, Schlesse M. Clinical and biological aspects of depression in the elderly. *New York Raven Press*, 1980
28. Hazzard WR. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* 4th ed., Mc Graw Hill; 1998
29. Blazer D. The aging male patient: depression and the older man *Medical Clinics of North America*, 83(5); 1999: 1305-1316
30. Rosebaun AH. The DST in normal control subjects: A comparison of two assays and the effects of age. *Am J psychiatry*, 141; 1994: 1550
31. Koenign HG, George LK, Meador LK. Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence, characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry*, 148; 1997: 1376-1383
32. Clarkin JF, Abrams R. Personality disorders in the elderly. *Current Opin Psychiatry*, 11; 1998: 131-135
33. Abrams RC, Rosendahl E, Card C, Alexopoulos GS. Personality disorders correlates of late and early onset depression. *J Am Geriatr Soc*, 42; 1994: 1-5

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

34. Cervilla J, Prince M, Mann A. Epidemiología de los trastornos mentales comunes en el anciano. *Arch Neurobiología*,60; 1997: 229-242
35. Beekman A, Beurs E, Van Balkom A. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 3; 2000: 174-178
36. Rakel RE. Mental health: depression. *Primary Care; Clinics in Office Practice*, 26(2); 1999: 211-225
37. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Essentials of Clinical Geriatrics, 4ª ed. Mc Graw Hill, 1999
38. Cohen-Cole SA, Brown FW, McDaniel S. Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. *Psychiatric Care of the Medical Patient*, 1993: 53-70
39. Cassem EH. Depressive disorders in the medically ill. *Psychosomatics*,36; 1995; s2-s10
40. Conn DK, Grek A, Sadavoy J: Other dementias and mental disorders due to general medical conditions. *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press*; 1996:497-528
41. Starkstein SE, Robinson RG. Neuropsychiatric aspects of stroke. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, 1994: 457-478

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

42. Robinson RG, Starr LB, Lipsey JR. A two year longitudinal study of post-stroke mood disorders: dynamic changes in associated variables over the first six months of follow-up. *Stroke*, 15; 1984: 510-516
43. Talbot SY, Green T, Royle JT. Psychiatric emergencies. Psychiatric manifestations of systemic illness. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 18 (2); 2000: 119-128
44. Ruegg RG, Zisook S, Swerdlow NR. Depression in the aged: An overview. *Psychiatr Clin North Am*, 11; 1988: 83-99
45. Fernández L, Cassange PC. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects. *Encephale*, 27 (5), 2001: 459-474
46. Farooq D, Sanjiv S, Grossberg GT. Generalized anxiety disorder in the elderly. *Psychiatric Clin North Am*, 24 (1); 2001; 202-212
47. Stoudemire A, Hill CD, Morris RM, Lewison B. Long-term outcome of treatment-resistant depression in older adults. *Am Psychiatry*, 29; 1993: 1539-1540
48. Lebowitz ND, Pearson JL, Schneider LS. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA*, 278; 1997: 1186-1190
49. Hermann N, Bremner KE, Naranjo CA. Pharmacotherapy of late life mood disorders. *Clin Neurosci*, 4; 1997: 41-47

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

50. Catterson ML, Preskorn SH, Martin RM. Pharmacodynamic and pharmacokinetic considerations in geriatric psychopharmacology. *Geriatr Psychiatry*, 20; 1997: 205-219
51. Abou-Saleh MT. Pharmacologic treatment of mood disorders in the elderly. *Curr Opin Psychiatry*, 11; 1998: 441-445
52. Brodaty H, Harris L, Peters K. Prognosis of depression in the elderly. A comparison with younger patients. *Br J Psychiatry*, 163; 1993: 589-596
53. Flint AJ, Rifalt SL. Two year outcome of psychotic depression in late life. *Am J Psychiatric*, 155; 1998: 178-183
54. Martin ML, Fleming CK, Evans JM. Recognition and management of anxiety and depression in elderly patients. *Mayo Clin Proc*, 70; 1995: 999-1006
55. Beck JC, Freedman ML, Warshaw GA. Geriatría: evaluación funcional. *Atención Médica*, agosto 1994: 17-35
56. Lee Y. Association of comorbidity with depressive symptoms in community-dwelling older persons. *Gerontology*, 47(5);2001: 254-262
57. Berkman LF, Berkman CS, Kasl. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *Am J Epidemiol*, 124; 1986: 372-388

58. Weingartner H, Cohen RM, Murphy DL. Cognitive processes in depression. *Arch Gen Psychiatr*, 38; 1991: 42-47

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A P É N D I C E

Protocolo de Depresión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. Identificación del paciente:

Nombre: _____ N° de expediente: _____

Edad: _____ años

Género: (1) Femenino (0) Masculino

Escolaridad: _____ Fecha: _____

II. Morbilidad del paciente: Diagnósticos del paciente y tratamientos:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |
| 7. _____ | 8. _____ |

III. Problemas en entorno psi-cosocial:

1 = Si, 2 = No, 999 = ¿?

IV. Funcionalidad del paciente:

MMSE: _____

6 o > años escolaridad: 1 = anormal (<23),

0 = normal (>23), 999 = ¿?

5 o < años escolaridad: 1 = anormal (<19)

0 = normal (>20), 999 = ¿?

KATZ: _____

1 = dependiente (2 o +). 0 = Independiente (1),
999 = ¿?

LAWTON _____

Vive solo : 1 = dependiente (7 o >),
0 = Independiente (8), 999 = ¿?

No vive solo : 1 = dependiente (0-4),
0 = independiente (5 0 >), 999 = ¿?

V. Síntomas depresivos:

1.- GDS: _____ 1 = Severa (= > 10), 0 = Moderada (5-9), 999 = ¿?

2.- Etiología de depresión::

0 = medicamentos, 1 = duelo, 2 = primaria, 3 = enfermedad, 999 = ¿?

3.-¿Qué síntomas depresivos presentaba el paciente?

SÍNTOMA	SI	NO	¿?
Anhedonia (2,5,9,11,14)	1	0	999
tTristeza (4,7,14)	1	0	999
Trast del peso	1	0	999
Trast del sueño	1	0	999
Alts psicomotoras	1	0	999
Pérdida energía (13)	1	0	999
Minusvalía (1,3,8,12,14,15)	1	0	999
Trasts de concentración (10)	1	0	999
Pensamiento de muerte (6)	1	0	999

Total
síntomas: _____

4.- Tratamiento recibido: 0 = mixto, 1 = farmacológico 2 = psicoterapia,
3 = ninguno 999 = ¿?

5.- Medicamentos etiología:

Narcóticos	Antihistamínicos H2	Benzodiacepinas
Beta bloqueadores	Antihipertensivos	Analgésicos

6.- Enfermedades:

IRC	Enf coronaria	Cáncer	EVC	Parkinson	Demencia
DM2	Hipotiroidismo	hipertiroidismo	dolor crónico	sx fatiga c.	

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CLINICA DE GERIATRIA

GOS ACORTADO

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

EXPEDIENTE _____ FECHA _____ CAMA _____

No	PREGUNTA	RESPUESTA		
		SI	NO	VALOR
1	SE SIENTE SATISFECHO CON SU VIDA ?			SI
2	HA BAJADO MUCHO EL INTERES POR SU TRABAJO Y ACTIVIDADES ?			NO
3	PIENSA QUE SU VIDA ESTA VACIA O SIN PROVECHO ?			NO
4	SE ENCUENTRA DE BUEN HUMOR LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ?			SI
5	FRECUENTEMENTE SE ENCUENTRA ABURRIDO ?			NO
6	TIENE MIEDO DE QUE LE PASE ALGO MALO PRONTO ?			NO
7	SE ENCUENTRA FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ?			SI
8	TIENE LA SENSACION DE QUE ES INCAPAZ DE REALIZAR ALGUNA COSA ?			NO
9	PREFIERE PERMANECER EN SU CASA QUE SALIR A LA CALLE O PASEAR ?			NO
10	PIENSA QUE TIENE PROBLEMAS CON SU MEMORIA ?			NO
11	CREE QUE ES BONITA LA VIDA O QUE ES BELLO EL VIVIR ?			SI
12	TIENE LA SENSACION DE QUE NO TIENE VALOR LAS COSAS QUE HACE ?			NO
13	TIENE LA SENSACION DE TENER TODA SU ENERGIA ?			SI
14	PIENSA QUE SU SITUACION ES DESESPERADA ?			NO
15	CREE QUE LAS DEMAS PERSONAS TIENEN MEJOR SUERTE QUE USTED ?			NO

NORMAL 0 A 5 DEPRESION MODERADA 5 A 10 DEPRESION SEVERA > DE 10

VALOR OBTENIDO _____ RESULTADO _____

NUMERO DE PRUEBA _____ RESULTADO ANTERIOR _____ EVOLUCION _____

REALIZO _____ REVISO _____

BRINK TL. JESAVAGE JA et AL. SCREENING TEST FOR GERIATRIC DEPRESSION CLIN GERONTOL. 1982; 1(1):37-43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

	Códigos Iniciales del paciente	
	Fecha del examen	

Mini-Exámen del Estado Mental

(Folstein et al 1975)

¿Esta evaluación fue realizada?

Si No

1. Orientation

Código: 1 = correcto
0 = incorrecto

- | | | | |
|---------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| 1. Año | <input type="text"/> | 6. País | <input type="text"/> |
| 2. Estación | <input type="text"/> | 7. Estado | <input type="text"/> |
| 3. Fecha | <input type="text"/> | 8. Ciudad | <input type="text"/> |
| 4. Día de la semana | <input type="text"/> | 9. Nombre del lugar | <input type="text"/> |
| 5. Mes | <input type="text"/> | 10. Piso | <input type="text"/> |

2. Recordar el nombre de tres objetos

"papel, bicicleta, cuchara"

(Hasta 5 pruebas. Si no aprende eventualmente las palabras, no se puede repetir la prueba).

Escala 0-3

3. Atención y cálculo.

Restar de 7 en 7 a partir de 100 hasta 5 sustracciones (93, 86, 79, 72, 65) ó días de la semana hacia atrás a partir del domingo. El número total de la escala son las repuestas correctas

Escala 0-5

4. Recordar los objetos del punto 2.

Escala 0-3

5. Demostrar

- a Reloj
b Lápiz

Escala 0-2

6. Repetición de la frase

"El mundo es redondo"

Escala 0-1

7. Comprensión verbal.

"Tome este papele con la mano derecha, dóblelo por la mitad y déjelo en el suelo"

Escala 0-3

8. Comprensión de la escritura.

"Cierra tus ojos"

Escala 0-1

9. Escritura de una frase

Escala 0-1

10. Copiar un dibujo (Pentágonos)

Escala 0-1

Calificación total

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

17. ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LAWTON

	1a.	2a.	3a.
A. Capacidad para usar el teléfono			
1. lo opera por iniciativa propia, marca sin problema	1	—	—
2. marca sólo unos cuantos números bien conocidos	1	—	—
3. contesta el teléfono pero no llama	1	—	—
4. no usa el teléfono	0	—	—
B. Compras			
1. vigila sus necesidades independientemente	1	—	—
2. hace independientemente sólo pequeñas compras	0	—	—
3. necesita compañía para cualquier compra	0	—	—
4. incapaz de cualquier compra	0	—	—
C. Cocina*			
1. planea, prepara y sirve los alimentos correctamente	1	—	—
2. prepara los alimentos, sólo si se le provee de lo necesario	0	—	—
3. calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada	0	—	—
4. necesita que le preparen los alimentos	0	—	—
D. Cuidado del hogar*			
1. mantiene la casa sólo o con ayuda mínima	1	—	—
2. efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente	1	—	—
3. efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia	1	—	—
4. necesita ayuda en todas las actividades	1	—	—
5. no participa	0	—	—
E. Lavandería*			
1. se ocupa de sus ropas independientemente	1	—	—
2. lava sólo pequeñas cosas	1	—	—
3. todo se lo tienen que lavar	0	—	—
F. Transporte			
1. se transporta sólo	1	—	—
2. se transporta sólo, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.	1	—	—
3. viaja en transporte colectivo acompañado	1	—	—
4. viaja en taxi o en auto y acompañado	0	—	—
5. no sale	0	—	—
G. Medicación			
1. es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas	1	—	—
2. se hace responsable sólo si le prepara por adelantado	0	—	—
3. es incapaz de hacerse cargo	0	—	—
H. Finanzas			
1. maneja sus asuntos independientemente	1	—	—
2. sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras	1	—	—
3. es incapaz de manejar el dinero	0	—	—
* cuenta en sexo masculino sólo si vive sólo			
TOTAL: 11 12 21 31			

18. SINDROMES GERIATRICOS: (MARQUE Y ANOTE EN LA HOJA DE SINTESIS).

1. AFASIA			20. OBESIDAD		
2. CAIDAS			21. OSTEOPOROSIS		
3. COLAPSO DEL CUIDADOR			22. PATOLOGIA DE LOS PIES		
4. DEFICIT AUDITIVO			23. PATOLOGIA DENTAL		
5. DEFICIT VISUAL			24. PATOLOGIA SOCIAL		
6. DEPRESION			25. PERDIDA DE VITALIDAD		
7. DESNUTRICION			26. POLIFARMACIA		
8. DETERIORO FUNCIONAL INEXPLICADO			27. PROBLEMAS ETICOS		
9. ENCARNIZAMIENTO TERAPEUTICO			28. PROBLEMAS SEXUALES		
10. ESCARAS			29. REGRESION PSICOMOTRIZ		
11. ESTADO TERMINAL			30. SX DE INMOVILIZACION		
12. ESTASIS FECAL			31. SX DE PIERNAS INQUIETAS		
13. FALLA CEREBRAL AGUDA			32. TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO		
14. FALLA CEREBRAL CRONICA			33. TRASTORNOS DEL SUEÑO		
15. FRAGILIDAD			34. TRASTORNOS DE LA MARCHA		
16. HIPOTENSION ORTOSTATICA			35. TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS		
17. INCONTINENCIA FECAL			36. PERDIDA DE AUTONOMIA		
18. INCONTINENCIA URINARIA			NUMERO DE PROBLEMAS IDENTIFICADOS		
19. ABUSO					

TESIS CON FALLA DE ORIGEN