



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TESIS
EVALUACIÓN DEL GRADO DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON
OSTEOARTROSIS EN EL HGZ/UMF No. 8 DR. "GILBERTO FLORES
IZQUIERDO"**

PRESENTA

DRA. GÓMEZ CRUZ JUANA IRIS
CEL: 5555024431. Email: iris.timberlake526@gmail.com

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**
Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx

**ASESOR METODOLÓGICO
DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO**
Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com

**ASESOR CLÍNICO
DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA**
Cel: 5544907941. Email: anafontanell@hotmail.com

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO
COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 2015
NÚMERO DE REGISTRO: 2015-3605-14**



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.

EVALUACIÓN DE GRADO DEPRESIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON OSTEOARTROSIS EN EL HGZ/UMF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Autores: Gómez Cruz Juana Iris¹, Espinoza Anrubio Gilberto², Vilchis Chaparro Eduardo³, Toro Fontanell Ana⁴.

1 Residente de Medicina Familiar, HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

2 Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

3 Médico Familiar Profesor Titular de la especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

4 Médico Familiar Adscrito al HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: Evaluar el grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF NO. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal. Muestra 205; intervalo de confianza 95%, proporción 0.15, amplitud del intervalo de confianza 0.10. Criterios de inclusión: pacientes geriátricos con diagnóstico de osteoartritis y edad igual o mayor a 60 años. Criterios de Exclusión: Deterioro neurológico. Instrumento: Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Resultados: Se estudiaron 205 pacientes geriátricos con osteoartritis, 102 (49.8%) mujeres y 103 (50.2%) hombres con una media de 70.15 años. Con base a la escala de depresión geriátrica se obtuvieron: 107 (52.2%), sin depresión, (32.7%) con depresión leve y 31 (15.1%) depresión establecida.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados de ésta investigación, cerca del 48% de los pacientes geriátricos con osteoartritis presentaron depresión. Se encontró una mayor frecuencia en mujeres, desempleados, baja escolaridad y aquellos con mayor limitación funcional por la osteoartritis. Se sugiere aplicar al menos una vez al año la escala de depresión geriátrica en la consulta externa de medicina familiar para detección y tratamiento oportuno con la finalidad de limitar la morbimortalidad asociada.

Palabras clave: Pacientes geriátricos, Osteoartritis, Depresión, Escala de depresión geriátrica

**EVALUACIÓN DEL GRADO DE
DEPRESIÓN EN EL PACIENTE
GERIÁTRICO CON OSTEOARTROSIS
EN EL HGZ/UMF No. 8 “DR.
GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

Dr. Carlos Ernesto Castillo Herrera

Director del Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio

Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud del Hospital General
de Zona/Unidad de Medicina Familiar No.8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro

Especialista en Medicina Familiar
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del HGZ/UMF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

Dr. Gilberto Espinoza Anrubio
Especialista en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud del Hospital General
de Zona/ Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Director de tesis

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor metodológico

Dra. Ana Gloria Toro Fontanell
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de
Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo”
Asesor clínico

AGRADECIMIENTOS

“Los hombres que se ocupan de restaurar la salud de los demás uniendo habilidad con humanidad están sobre los grandes de la tierra. Aún comparten la divinidad, ya que preservar y renovar es casi tan noble como crear” Voltaire

“Lo que hace que el hombre se supere no es la intensidad de un sentimiento elevado, sino la duración del mismo” Friedrich Nietzsche

Gracias a la vida y al universo por colocar en el momento justo y exacto a cada una de las personas que me han acompañado en éste viaje, por las experiencias vividas y lo aprendido de ellas.

ÍNDICE

Marco teórico	7
Antecedentes	15
Planteamiento del problema	17
Justificación	18
Objetivo	19
Hipótesis	20
Material y métodos	21
Diseño de la investigación	22
Población o universo	23
Ubicación temporal y espacial	23
Muestra	24
Criterios	25
Variables	26
Diseño estadístico	30
Instrumento de recolección	30
Método de recolección	31
Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
Cronograma de actividades	33
Recursos	34
Consideraciones éticas	35
Resultados	36
Discusiones	59
Conclusiones	64
Referencias bibliográficas	67
Anexos	71

MARCO TEÓRICO

El envejecimiento humano es la vida misma; abarca todo el curso de la vida: desde la concepción hasta el cierre con la muerte. Cuando este cierre coincide con la vejez, estamos ante una persona que completó todos sus ciclos de vida. El envejecimiento es un proceso universal, irreversible y que tiene un efecto acumulativo a través del tiempo. (1)

La Organización Mundial de la Salud, define envejecimiento como un 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 a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. En nuestro país se define adulto mayor, a las personas que se encuentran entre el rango de 60 y/o 65 años o más. La población adulta mayor con frecuencia presenta enfermedades especialmente de carácter crónico degenerativo. (2)

La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2010, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 60 años de edad representaban el 9.1% de la población y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. (3)

El envejecimiento de la población está provocando nuevas necesidades de atención y ésta nueva realidad modificará la atención sanitaria, social, política y económica de nuestro país. (4)

El envejecimiento es un proceso de la vida, que no es sinónimo de enfermedad; sin embargo, muchas patologías inician en etapas tempranas de la vida y persisten al llegar a la vejez, asociándose a comorbilidades y complicaciones. (5)

Uno de los principales motivos de consulta del paciente geriátrico es el dolor. El cual debe considerarse como un síndrome geriátrico, al ser fuente de deterioro funcional, siendo éste de causas multifactoriales. La presencia de dolor está relacionada con trastornos del sueño, alteraciones nutricionales, depresión, deterioro funcional y aumento de recursos sanitarios, aspectos todos ellos que alteran en gran medida la calidad de vida la persona y de su entorno. Entre los principales padecimientos causantes de dolor en el paciente geriátrico se encuentran las alteraciones en el sistema osteoarticular, con la consiguiente limitación funcional para la realización de las actividades diarias del paciente (vestirse, trasladarse, subir escaleras, interactuar socialmente, etc.) promoviendo la dependencia. Lo anterior produce sentimientos de minusvalía, ansiedad, tristeza que pueden culminar en un estado depresivo. (6)

La prevalencia de osteoartrosis ha aumentado en todo el mundo, lo que implica la pérdida aproximada de 2.3 años de vida saludable. En México es una de las primeras diez causas de invalidez total, lo que incrementa la carga económica y social del país y se espera que su frecuencia siga elevándose debido al incremento de la esperanza de vida y a los hábitos poco saludables de la población. (7)

La osteoartrosis se define como una enfermedad articular crónica, degenerativa, con componente inflamatorio, caracterizada por degeneración y pérdida progresiva del cartílago hialino y hueso subcondral y daño del tejido sinovial, asociados con engrosamiento y esclerosis de la lámina subcondral, formación de osteofitos en el borde articular, distensión de la cápsula articular y cambios en los tejidos blandos periarticulares. (8)

Se ha demostrado que la edad es el mayor factor de riesgo para el desarrollo de osteoartrosis, la cual aumenta paulatinamente después de los 30 años y puede llegar hasta un 80% hacia los 65 años e incluso a un 95% en edades superiores. Otros factores asociados al progreso de ésta enfermedad, además de la edad y el sexo femenino, la obesidad, los microtraumas repetitivos en la práctica de determinados deportes y el desarrollo de actividades profesionales específicas, predisposición familiar, entre otras. (9)

La osteoartrosis ocurre con más frecuencia en personas de edad media y ancianos, comprometiendo sobre todo las rodillas, las caderas, las articulaciones de los dedos y las regiones cervical y lumbar de la columna. La prevalencia de la osteoartrosis es mayor en las mujeres que en los hombres. (10)

El diagnóstico de osteoartrosis es clínico, por lo que la exploración física es fundamental. Debe considerarse evaluar el dolor a través de la escala visual análoga (EVA). Datos como: la rigidez (generalmente matutina y menos a 30 minutos), crepitación y dolor articular (sobre todo después de periodos de

inactividad), limitación funcional e inestabilidad articular, sugieren fuertemente el diagnóstico. (11)

Con respecto a la limitación funcional de la osteoartrosis, se mencionan cinco subgrupos (Ver anexos). De acuerdo a ésta clasificación, el médico podrá definir un programa terapéutico, establecer un pronóstico y tomar decisiones de posibles alternativas de tratamiento disponibles en otros niveles de atención. De igual forma, posibilita llevar un control de la evolución de la enfermedad y de la discapacidad consecuente. Al médico familiar le corresponde tratar a los pacientes clasificados en los subgrupos I y II; los subgrupos restantes deberán recibir manejo en segundo nivel de atención. (12)

El tratamiento, está basado en medidas no farmacológicas, farmacológicas e intervenciones invasivas como la artroplastia, debe partir de un enfoque centrado en el paciente, con su participación de forma activa en el manejo de su enfermedad y considerando sus necesidades y preferencias plasmándolo en un plan de tratamiento individualizado. El objetivo final es ralentizar la progresión de la enfermedad, controlar los síntomas (aliviar el dolor, reducir la inflamación y mejorar la capacidad funcional) y mejorar la seguridad en las intervenciones (riesgos de efectos secundarios y de interacciones farmacológicas). (13)

Las medidas no farmacológicas son el pilar de las estrategias terapéuticas, incluyen la educación, la actividad física regular y el ejercicio terapéutico, el control de peso, en caso de sobrepeso u obesidad, y el uso de diversas terapias físicas. Por otro lado, el paracetamol es el fármaco de primera elección; en el uso de antiinflamatorios debe considerarse el balance beneficio-riesgo (digestivo-cardiovascular) en cada paciente. Finalmente, el tratamiento quirúrgico queda reservado para aquellos pacientes en los que han fracasado otras terapias. (14)

La osteoartrosis se asocia a un deterioro importante de áreas asociadas a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (deambulación, movimiento, cuidado corporal, comportamiento emocional, descanso nocturno, actividad doméstica y trabajo), por lo que supone un impedimento para la vida cotidiana del paciente y un empeoramiento de su calidad de vida. Sin embargo, el impacto de la artrosis sobre la CVRS no es igual en ambos sexos: las mujeres artrósicas aquejan más limitaciones en su trabajo, mayor angustia y dolor más severo que los hombres que padecen esta dolencia. Al progresar la enfermedad el dolor aparece más precozmente y puede no cesar con el descanso. (15)

El paciente con osteoartrosis es un enfermo crónico y como tal padecerá dolor, en mayor o menor grado, sufrirá una limitación funcional que podrá ser discreta o invalidante, tendrá dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria,

lo que ocasionará un fuerte impacto psicológico al enfermo y su entorno social. Las investigaciones muestran que los pacientes con osteoartrosis tienen 50% más de probabilidades de desarrollar discapacidades que las personas que no padecen la enfermedad. (16)

Por otro lado, la depresión es una enfermedad muy frecuente en el adulto mayor, que afecta alrededor del 14% de los mayores de 60 años. Representa el tercer motivo de consulta en atención primaria y sin embargo con frecuencia está infradiagnosticada. Es importante detectarla a tiempo, ya que la presencia de depresión se asocia con un aumento global de la mortalidad, tanto por causas cardiovasculares como de otro tipo. Puede producir múltiples consecuencias en el paciente y en su familia, como peor calidad de vida, mayor declive funcional, mayor cansancio de los cuidadores o menor adherencia al tratamiento médico. A su vez multiplica las visitas ambulatorias y el gasto sanitario. La depresión en los ancianos puede resultar más difícil de detectar por varias razones como son: mayor somatización, enmascaramiento de síntomas, confusión con situaciones frecuentes de la vida a esta edad (duelos, cambios de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales) y, a veces dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con demencia. Los ancianos deprimidos deben ser tratados con suficiente vigor en dosis y tiempo para maximizar la posibilidad de recuperación.

(17)

Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con riesgo de muerte prematura. En México, análisis recientemente realizados muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. (18)

A menudo, la depresión coexiste con otras enfermedades. Éstas pueden presentarse antes de la depresión, causarla y/o ser el resultado de ésta. Es probable que la mecánica detrás del cruce entre la depresión y otras enfermedades difiera según cada persona y cada situación. No obstante, estas otras enfermedades concurrentes deben ser diagnosticadas y tratadas. (19)

La osteoartrosis y la depresión son dos de las condiciones crónicas más comunes en el adulto mayor. La edad es un factor directamente relacionado con la prevalencia de osteoartrosis. Con el aumento en la esperanza de vida, la incidencia de ésta se prevé que se duplique al doble para el año 2030. La osteoartrosis es una causa generadora de discapacidad, disminución de la calidad de vida y restricción para la realización de las actividades de la vida diaria. La alta prevalencia, cronicidad y discapacidad vinculadas a la osteoartrosis producen depresión. (20)

Existen varios tipos de trastornos depresivos; en general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad: ligera, moderada o grave. Los trastornos más comunes son el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo distímico. El trastorno depresivo mayor, 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. 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. (21)

De acuerdo al DSM V, el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia) deben cumplir con los siguientes criterios diagnósticos: (Ver anexos). (22)

A diferencia de otras etapas de la vida, en el adulto mayor puede resultar un desafío el diagnóstico de depresión debido a la presentación menos evidente o atípica de la sintomatología. Los síntomas de depresión en el anciano frecuentemente se atribuyen al proceso de envejecimiento, siendo considerados como algo “normal” (sin en realidad serlo), al duelo, enfermedades crónicas o demencia. Debido a lo anterior, el médico de atención primaria por ser el primer eslabón debe contar con el conocimiento y herramientas para diagnosticarla y brindar un tratamiento oportuno de una condición médica reversible y tratable. (23)

Los adultos mayores pueden no mostrar el cuadro típico de depresión, algunos incluso no manifiestan tristeza. Por lo anterior, es necesario considerar y buscar intencionadamente otros síntomas como la anhedonia, abulia, pérdida de energía o fatiga. Los pacientes deprimidos frecuentemente atribuyen sus síntomas a una causa somática, a eventos estresores de la vida o simplemente desconocen el por qué. Es frecuente escuchar expresiones como: “No puedo hacerlo”, “Soy incapaz de hacer algo”, “No soy necesario para nadie” y comúnmente disminuye la confianza en sí mismo y la motivación para realizar actividades que habitualmente eran de interés. Disminuye importantemente la autoestima y existe un sentimiento de soledad. Por otro lado, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la pérdida del apetito son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar. Sólo del 25% al 30% de ancianos que acuden al primer nivel de atención presentan de forma “pura” síntomas afectivos o cognitivos. (24)

Otro aspecto a considerar, consiste en que muchos de los ancianos con síntomas de depresión no cumplen con los criterios del trastorno depresivo mayor o del trastorno distímico propuestos por el DSM V (Ver anexos), sin embargo pueden generar las mismas complicaciones comparados con los que tienen dichos diagnósticos, lo que indica la necesidad de también tratarlos. Se han descrito en la literatura varios síndromes clínicos de depresión geriátrica, entre ellos: el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico, la depresión sin tristeza y la depresión subumbral, entre otros. Entre los factores que contribuyen para generar depresión en el anciano, se encuentran los biológicos, psicológicos y sociales. (25)

En la etapa de la tercera edad, la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con realizado a lo largo de la vida. De acuerdo a las experiencias vividas y forma de afrontarlas serán o no propensos a presentar depresión. Entre los factores asociados se encuentran el ser mujer, el no tener pareja, el aislamiento, el bajo nivel educativo, la discapacidad o limitación funcional, enfermedades crónicas, el uso de múltiples fármacos, la existencia de estresores psicosociales, el estatus económico bajo y el deterioro cognitivo. Por el contrario, los factores protectores contra ésta son: el apoyo familiar y social, la participación en actividades que promuevan la socialización, funcionalidad y autonomía. Finalmente, la religión juega un papel importante, debido a que se considera un recurso que aumenta la autoestima, el deseo de vivir y disminuye la ansiedad, estrés y depresión. (26)

La depresión es, hasta en los casos más graves, un trastorno tratable. Actualmente se cuenta con tratamientos altamente eficaces para ésta enfermedad. La mayoría de los adultos mayores con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia o con una combinación de ambos. La piedra angular de éste se enfoca en la reducción de los síntomas depresivos, la prevención de la ideación suicida, recaídas y recurrencia de los síntomas; la mejora del estado cognitivo y funcional del paciente; así como la proporción de herramientas que le permitan afrontar situaciones adversas (esfera biopsicosocial). (27)

Los medicamentos antidepresivos normalizan las sustancias químicas naturales del cerebro (neurotransmisores), principalmente la serotonina y la norepinefrina. Otros antidepresivos normalizan el neurotransmisor dopamina. Los inhibidores de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina son los antidepresivos de elección para el adulto mayor, seguidos del bupropión y mirtazapina. El tratamiento antidepresivo debe ser administrado al menos durante 4 semanas y con la dosificación correcta antes de ser considerado ineficaz y decidir cambiar a otro grupo de antidepresivos. Si la respuesta al antidepresivo es baja, debe aumentarse la dosis gradualmente, si a pesar de lo anterior hay poca o nula respuesta debe considerarse agregar otro fármaco al tratamiento inicial. Por otro lado, la terapia electroconvulsiva es una

opción en caso de empeoramiento del paciente o en la depresión con síntomas psicóticos. (28)

La selección de un tipo especial de antidepresivo requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y la respuesta previa a un tipo de tratamiento. Además, es de suma relevancia considerar los cambios en la absorción, distribución y metabolismo de los fármacos que se dan en el organismo de los adultos mayores, lo cual implica tener mucha precaución con la polifarmacia y la potencial interacción medicamentosa que se pueda presentar. (29)

Por otro lado, la psicoterapia suele ser una buena opción para tratar las depresiones leves y moderadas. Sin embargo, para una depresión grave, la psicoterapia no es suficiente. Una combinación de medicamentos y psicoterapia puede ser la opción más efectiva para tratar una depresión grave. Los tipos de psicoterapia recomendada para el adulto mayor incluyen la terapia cognitivo - conductual, la psicoterapia de apoyo, la terapia de resolución de problemas y la terapia interpersonal. La psicoeducación ayuda al paciente para la adherencia terapéutica. (30)

El reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado de la depresión en el adulto mayor son relevantes para minimizar la morbimortalidad asociada a ésta. La depresión incrementa el riesgo de presentar un evento vascular cerebral e infarto al miocardio, de la misma forma aumenta la probabilidad de desarrollar algún tipo de cáncer. También se ha identificado como un factor de riesgo en todas las causas de demencia incluyendo a la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer. La depresión representa el principal factor de riesgo para suicidio en ésta etapa de la vida. (31)

La evaluación de los trastornos depresivos en adultos mayores requiere del uso de instrumentos rápidos, con aceptables propiedades psicométricas, que permitan una aproximación diagnóstica efectiva para personal especializado y no especializado de atención primaria y asistencia integral. Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (EDG). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado. Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems (GDS-30) (Yesavage y Brink, 1982). Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems (GDS-15) (Sheik y Yesavage, 1986) que ha mostrado su utilidad como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89. A cada pregunta, el sujeto responde por Sí o NO en función de cómo se ha sentido durante los últimos quince días. (32)

Ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982, tiene una sensibilidad del 95% y especificidad del 84% con punto de corte de 11; en 1986, Sheik y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas con punto de corte de ≥ 6 , tiene una sensibilidad de 72% y especificidad del 85%, se correlaciona positivamente con otra escalas similares, pero con la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración (33).

La escala puede autoadministrarse pero también puede ser llenada por el entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en la última opción. Sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención. De acuerdo al puntaje obtenido, se concluye: De 0 a 5 puntos, normal o ausencia de depresión; 6 a 9 puntos, depresión leve y ≥ 10 puntos, depresión establecida. (34)

La escala de depresión geriátrica ha sido sometida a diversas validaciones transculturales incluyendo el español para españoles y el español para mexicoamericanos. (35)

De esta forma, la EDG, se ha convertido, en el instrumento de tamiz más utilizado. Sin embargo, una de sus limitantes es que no incluye de manera sistemática todos los criterios que el estándar de oro actual establece. (36)

ANTECEDENTES

En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad. De acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que viven en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones. Resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario. Ante este panorama, las políticas públicas deben enfocarse en: a) incorporar de manera equilibrada acciones de prevención promoción, tratamiento y rehabilitación, b) fortalecer los servicios de salud mental en el primer nivel de atención con intervenciones clave que combinen el tratamiento farmacológico con la psicoterapia breve, c) es necesario desarrollar programas para atender a los grupos más vulnerables que generalmente tienen un acceso muy limitado a los servicios de salud mental existentes, entre otras.⁽³⁷⁾

En México, menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado. ⁽³⁸⁾

Entre los factores de riesgo para depresión en el anciano, Sarró-Maluquer, et al. (2013), Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados, menciona a los cambios vitales como, por ejemplo, el deterioro cognitivo, la discapacidad o la institucionalización. ⁽³⁹⁾

En el estudio de Gómez Restrepo y cols. “Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá”, encontró una prevalencia de depresión del 26.3%. Además, la proporción de depresión fue mayor en las mujeres, en las personas con un menor nivel educativo, en los no pensionados, en las personas que no realizan actividades lúdicas y en aquellos que tienen una percepción de peor salud actual comparada con el último año. ⁽⁴⁰⁾

Por otro lado, Escobar Bravo en su estudio “Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género”, se evidenció en el caso de los varones, el hecho de contar con una pareja en sus vidas ha resultado ser un factor protector contra la presencia de sintomatología depresiva. En el interior de la familia, tradicionalmente, las esposas son la principal fuente de apoyo para los varones, mientras que las mujeres tienden a tener redes más amplias. ⁽⁴¹⁾

Existen reportes entre la asociación de depresión y la limitación funcional para la vida diaria generada por padecimientos crónico - degenerativos. Verhaak PF y cols. En su estudio “ Depression, disability and somatic diseases among elderly” concluye que la limitación funcional que afecta la participación, el autocuidado y las actividades sociales se relaciona con depresión en los adultos mayores. (42)

En relación con las actividades laborales en la población geriátrica, en el estudio de Castro Lizárraga y cols “Factores de riesgo asociados a la depresión en el Adulto Mayor” encontró un riesgo fuerte de desarrollar depresión en aquellos que no realizan ninguna actividad laboral remunerada. (43)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El paciente geriátrico representa el 9.1 % de toda la población del país. El creciente aumento de la población adulta mayor, implica un cambio en la atención sanitaria, social, política y económica de nuestro país.

Los principales padecimientos encontrados en el adulto mayor son las enfermedades crónico - degenerativas. Entre ellas, ocupa un lugar importante los padecimientos osteoarticulares. La osteoartrosis se manifiesta por dolor, rigidez y limitación en la movilidad articular. Lo anterior propicia disminución en la funcionalidad del paciente para realizar las actividades de la vida diaria, haciéndolo dependiente. Ésta problemática trae consigo sentimientos de minusvalía, impotencia, ansiedad y en muchos de los pacientes genera depresión.

Por tal motivo, se realizó el siguiente estudio para determinar:

¿Cuál es el grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes geriátricos con osteoartrosis presentan un síntoma importante que es el dolor, a consecuencia de éste existe se genera inmovilidad, deterioro funcional, limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y a la larga dependencia. Todo lo anterior, provee una atmósfera de frustración desesperanza y tristeza que puede culminar en un estado depresivo, empeorando importantemente la calidad de vida del paciente y haciéndolos propensos a otras comorbilidades.

Por lo tanto, se realizó este estudio para conocer el grado de depresión en los pacientes con osteoartrosis, con la finalidad de realizar un diagnóstico temprano, ofrecer un tratamiento oportuno y limitar la morbimortalidad asociada.

Así también para disminuir los costos médicos, ya que existe evidencia de que los pacientes con depresión asisten a los servicios de salud en mayor proporción comparados con los que no la padecen.

Otros de los motivos por los que se pretende realizar éste estudio, con la información que arroje plantear futuras intervenciones para disminuir la incidencia de algún trastorno depresivo en el adulto mayor, iniciando por medidas que disminuyan la limitación funcional provocada por la osteoartrosis.

OBJETIVO

Evaluar el grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS

Se realizó hipótesis con fines de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon los siguientes:

HIPÓTESIS NULA

H₀: Los pacientes geriátricos con osteoartrosis no presentan algún grado de depresión en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS ALTERNA

H₁: Los pacientes geriátricos con osteoartrosis presentan algún grado de depresión en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

- a) Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: **PROSPECTIVO.**

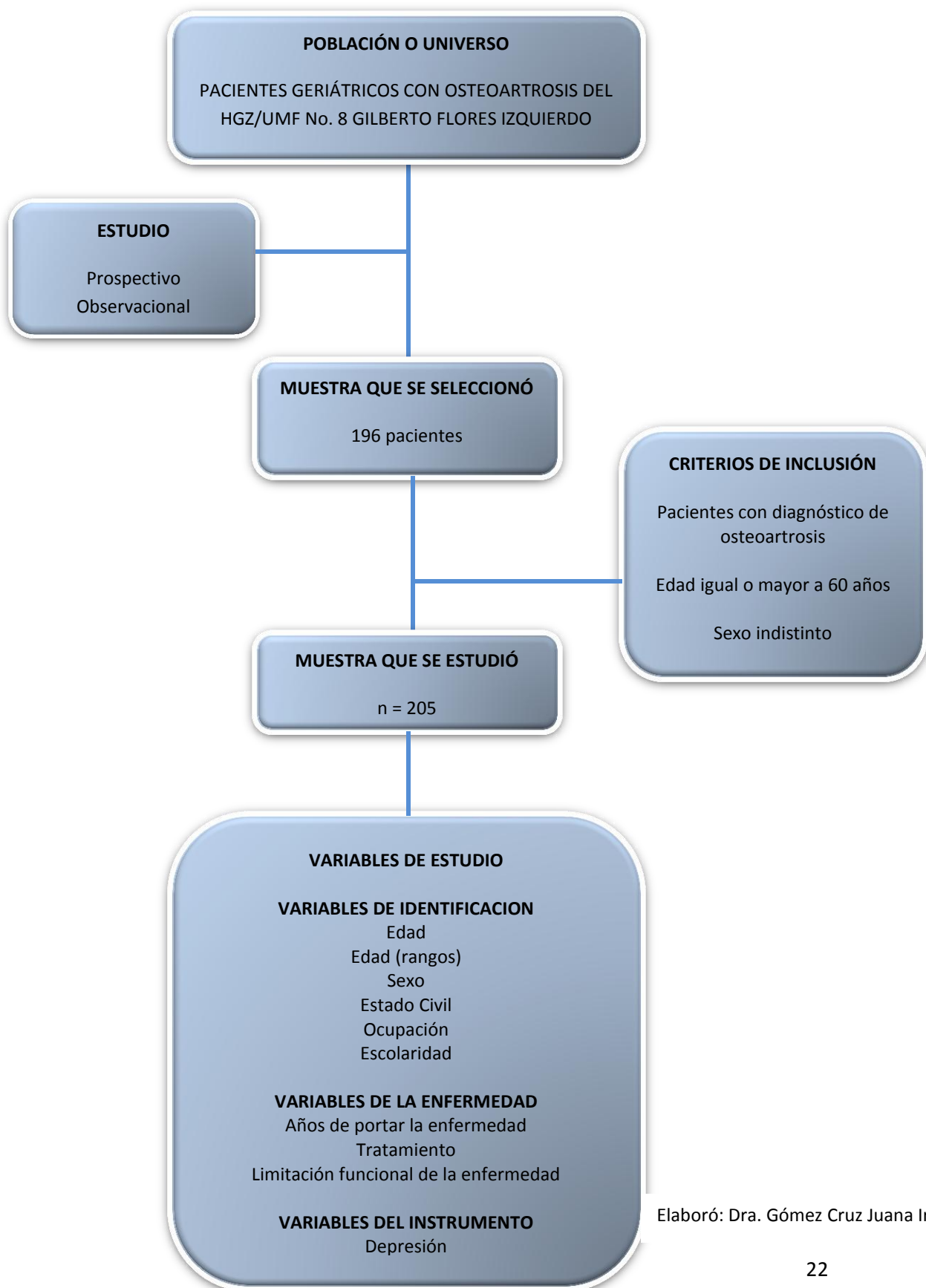
- b) Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: **TRANSVERSAL.**

- c) Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: **NO COMPARATIVO.**

- d) Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: **DESCRIPTIVO.**

- e) Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: **OBSERVACIONAL.**

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó en pacientes geriátricos con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” en una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACION

La investigación se efectuó en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” ubicado en la Colonia Tizapan San Ángel Delegación Álvaro Obregón, CP 01090 Ciudad de México. En el periodo comprendido del 2013-2015.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, requirió de 196 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.15 y una amplitud total del intervalo de confianza 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción esperada

(1 - P)= Nivel de confianza del 95%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1 - P)}{W^2}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de osteoartrosis
- Pacientes con edad igual o mayor a 60 años
- Sexo indistinto

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no deseen contestar el cuestionario
- Pacientes con alteraciones visuales
- Pacientes con deterioro neurológico

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no completen todos los rubros de la escala de depresión geriátrica
- Cuestionarios con más de una respuesta por categoría.
- Carta de consentimiento informado no firmada

VARIABLES

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

- Edad
- Edad (rangos)
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Religión

VARIABLES DE LA ENFERMEDAD (OSTEOARTROSIS)

- Años de portar la enfermedad
- Tratamiento
- Limitación funcional de la enfermedad

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

- Depresión

VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión

VARIABLE INDEPENDIENTE: Paciente Geriátrico con osteoartrosis

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES (Sociodemográficas/Identificación/Universales)	
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo
SEXO	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos que dan por resultado la especialización de organismos en variedades mujer u hombre
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
OCUPACIÓN	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo.
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.
RELIGIÓN	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES (Variables de la Enfermedad)	
AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD (OSTEOARTROSIS)	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico Osteoartrosis hasta el momento de aplicación de la encuesta.
TRATAMIENTO (OSTEOARTROSIS)	Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.
LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD (OSTEOARTROSIS)	Incapacidad producida por el dolor y la afectación de una o varias articulaciones que produce limitación para la realización de actividades de la vida diaria.

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES (Variable del Instrumento)	
DEPRESIÓN	Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES (Sociodemográficas/Identificación/Universales)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años
Edad en rangos	Cuantitativa	Nominal	1) 60 a 76 años 2) 77 a 92 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1) Hombre 2) Mujer
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1)Soltero 2)Casado 3)Divorciado 4)Viudo 5) Unión libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal	1) Desempleado 2) Empleado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Profesional 6) Posgrado
Religión	Cualitativa	Nominal	1) Con religión 2) Sin religión

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES (Variables de la enfermedad)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE
Años de portar la enfermedad	Cuantitativa	Discreta	Años
Tratamiento	Cualitativa	Nominal	1) farmacológico 2) no farmacológico 3) quirúrgico
Limitación funcional de la enfermedad	Cualitativa	Nominal	1) Capacidad funcional normal 2) Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria 3) Dolor limitante 4) Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado 5) Limitación para el autocuidado y la alimentación

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES (Variable del instrumento)			
NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LA VARIABLE
Depresión	Cualitativa	Nominal	1) Ausente 2) Depresión leve 3) Depresión establecida

Elaboró: Dra. Gómez Cruz Juana Iris

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 21 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo). Se calculó distribución de frecuencias y proporciones con intervalos de confianza del 95% así como porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (EDG). Esta escala tiene la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluado.

A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante los quince días previos. Tiene un punto de corte de ≥ 6 , tiene una sensibilidad de 72% y especificidad del 85%, se correlaciona positivamente con otras escalas similares, con valores de consistencia interna entre 0.76 y 0.89. Tiene la ventaja de requerir menos tiempo de aplicación, lo que facilita su administración.

La escala puede autoadministrarse pero también puede ser llenada por el entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en la última opción. Sólo requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención. De acuerdo al puntaje obtenido, se concluye: de 0 a 5 puntos, normal o ausencia de depresión; 6 a 9 puntos, depresión leve y ≥ 10 puntos, depresión establecida. (Ver anexos).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron invitados de forma verbal a participar en el proyecto de investigación, informándoles ampliamente en qué consistía éste estudio (los que no decidieron participar se aplicó el criterio de exclusión). Para los pacientes que aceptaron participar, se les entregó la carta de consentimiento informado (ver formato en anexos) la cual se les pidió leyera detenidamente, procediendo a la firma del mismo.

Posteriormente se les solicitó completaran la ficha de identificación (ver formato en anexos) y al finalizar se les proporcionó el instrumento (escala de depresión geriátrica de 15 ítems) para que lo contestaran. Durante la aplicación de la encuesta de depresión geriátrica se les recordó que las respuestas no requerían de ayuda de otras personas y que cada pregunta no requería de más de una respuesta por categoría. El examinador no debía discutir ninguna pregunta con el paciente, no dar opiniones sobre las preguntas del instrumento o de forma personal incitando al paciente a plasmar percepciones y opiniones, sólo se otorgaron definiciones desconocidas incluidas en el cuestionario. Finalmente, se esperó a que completaran la encuesta en el tiempo estimado (10 minutos).

Una vez completada la muestra del estudio, se procedió a aplicar los criterios de eliminación dejando por separado aquellos cuestionarios incompletos o con más de una respuesta por categoría. Por último se procedió a recolectar los datos en una hoja de cálculo para formar la unidad de análisis.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN:

- Revisión sistemática de la literatura médica que provea información confiable y basada en evidencia científica.
- Definición de la exposición y de la enfermedad debe ser estándar
- Los cuestionarios deben ser claros y bien estructurados

CONTROL DE SESGOS DE SELECCIÓN:

- Evaluación cuidadosa de las implicaciones en la selección de los participantes para el estudio
- Utilización de los mismos criterios cuando se seleccionaron las unidades de estudio
- Elección de los grupos de estudio que son representativos de la población

CONTROL DE SESGOS DE ANÁLISIS:

- Registro y análisis de los datos correctamente
- Cautela en las interpretaciones de los datos recabados

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con Osteoartritis en el HGZ 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

FECHA	2013 - 2014												
	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014	
TITULO	X												
ANTECEDENTES	X	X	X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X									
OBJETIVOS				X									
HIPOTESIS					X								
PROPOSITOS						X							
DISEÑO METODOLOGICO						X	X						
ANALISIS ESTADISTICO						X	X						
CONSIDERACIONES ETICAS								X					
RECURSOS									X				
BIBLIOGRAFIA										X			
ASPECTOS GENERALES											X		
ACEPTACION													X

FECHA	2014 - 2015												
	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X												
RECOLECCION DE DATOS	X	X											
ALMACENAMIENTO DE DATOS		X	X										
ANALISIS DE DATOS			X	X									
DESCRIPCION DE DATOS				X	X								
DISCUSIÓN DE DATOS					X	X							
CONCLUSION DEL ESTUDIO						X							
INTEGRACION Y REVISION FINAL							X						
REPORTE FINAL								X					
AUTORIZACIONES									X				
IMPRESIÓN DEL TRABAJO										X	X		
PUBLICACION													X

RECURSOS HUMANOS MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

- **RECURSOS HUMANOS**

Para la realización de éste proyecto se contó con el apoyo de un asesor clínico (Ana Toro Fontanell), además de un aplicador cuestionarios y recolector de datos (Dra. Gómez Cruz Juana Iris). Para la realización de la parte estadística e interpretación de datos se contó con la participación del Dr. Eduardo Vilchis Chaparro. Además de un director de tesis para la planeación de dicha actividad (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio). Pacientes geriátricos con osteoartrosis del HGZ/UMF No. 8 que accedieron a participar.

- **RECURSOS MATERIALES Y FÍSICOS**

Se utilizó la escala de depresión geriátrica impresa, copias fotostáticas para reproducir el cuestionario, hojas recolectoras de información, lápices, plumas, gomas, computadora con Software Windows 8 para hoja de texto, hoja de cálculo y presentador multimedia, así como software SPSS 21 para el análisis estadístico. Memoria USB para el almacenamiento de la información. Se utilizaron las instalaciones del HGZ/UMF No. 8 del IMSS.

- **RECURSOS FINANCIEROS**

Los gastos dela investigación fueron costeados por la Dra. Juana Iris Gómez Cruz, Residente de Medicina Familiar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente tesis no desobedece la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud en México. Se integra la carta de consentimiento de investigación la investigación: Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. (Ver anexo)

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

RESULTADOS

Se estudiaron 205 pacientes Geriátricos con Osteoartrosis en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8, en relación al sexo se encontró: 102 (49.8%) mujeres y 103 (50.2%) hombres. (Ver tabla y gráfica 1).

En el rubro de edad, el valor mínimo fue de 60 años, el máximo de 92 años. Con una media de 70.15 años, mediana de 69 años y moda de 69 años. La desviación estándar de 6.42 años.

De acuerdo a los años de portar la enfermedad, el valor mínimo encontrado es de 2 años, el máximo de 21 años. Con una media de 8.73 años, mediana de 8 años y moda de 7 años. La desviación estándar corresponde a 4.15 años.

En lo referente a la edad en rangos de la muestra, se encontró: 178 (86.8%) entre 60 a 76 años y 27 (13.2%) entre 77 a 92 años. (Ver tabla y gráfica 2)

En la categoría de estado civil: 3 (1.5%) solteros, 112 (54.6%) casados, 9 (4.4%) divorciados, 50 (24.4%) viudos y 31 (15.1%) viven en unión libre. (Ver tabla y gráfica 3)

En cuanto a la ocupación se presentaron: 158 (77.1%) desempleados y 47 (22.9%) empleados. (Ver tabla y gráfica 4)

En el apartado de la escolaridad se obtuvo: 8 (3.9%) con analfabetismo, 71 (34.6%) primaria, 54 (26.3%) secundaria, 40 (19.5%) bachillerato y 32 (15.6%) profesional. (Ver tabla y gráfica 5)

Con respecto a la religión: 193 (94.1%) con religión y 12(5.9%) sin religión. (Ver tabla y gráfica 6)

En lo que concierne a los años de portar la enfermedad en rangos se obtuvieron los siguientes resultados: 166 (81%) entre 2 a 12 años y 39 (19%) entre 13 a 21 años con osteoartrosis. (Ver tabla y gráfica 7)

En relación el tratamiento de la enfermedad se obtuvo: 170 (82.9%) con tratamiento farmacológico, 12 (5.9%) no farmacológico y 23 (11.2%) quirúrgico. (Ver tabla y gráfica 8)

Con base a la limitación funcional de la enfermedad se encontró: 13 (6.3%) con capacidad funcional normal, 74 (36.1%) con dolor y limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria, 44 (21.5%) con dolor limitante, 71 (34.6%) con dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado y 3 (1.5%) con limitación para el autocuidado y la alimentación. (Ver tabla y gráfica 9)

Con base a la Escala de Depresión Geriátrica se obtuvieron: 107 (52.2%) con depresión ausente, 67 (32.7%) depresión leve y 31 (15.1%) depresión establecida.

(Ver tabla y gráfica 10)

En lo que respecta al sexo con el grado de depresión se encontró: En la categoría mujeres, 51 (24.9%) con depresión ausente, 35 (17.1%) depresión leve y 16 (7.8%) depresión establecida. Por otro lado en los hombres, 56 (27.3%) con depresión ausente, 32 (15.6%) depresión leve y 15 (7.3%) depresión establecida.

(Ver tabla y gráfica 11)

De acuerdo a la edad y el grado de depresión se observó: en el rango 60 a 76 años, 99 (48.3%) con depresión ausente, 55 (26.8%) depresión leve y 24 (11.7%) depresión establecida; por otro lado en el siguiente rango de 77 a 92 años, 8 (3.9%) con depresión ausente, 12 (5.9%) depresión leve y 7 (3.4%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 12)

En cuanto al estado civil y el grado de depresión se obtuvo: En el subgrupo de solteros, 2 (1%) con depresión ausente, 1 (0.5%) depresión leve. En el rubro correspondiente a los casados, 75 (36.6%) con depresión ausente, 27 (13.2%) depresión leve y 10 (4.9%) depresión establecida. En el caso de los divorciados, 5 (2.4%) con depresión ausente, 3 (1.5%) depresión leve, 1 (0.5%) depresión establecida. Por otro lado, en lo que respecta a los viudos, 14 (6.8%) con depresión ausente, 24 (11.7%) con depresión leve y 12 (5.9%) depresión establecida. Finalmente en el apartado que involucra a los que viven en unión libre, 11 (5.4%) con depresión ausente, 12 (5.9%) depresión leve y 8 (3.9%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 13)

Con respecto a la ocupación y el grado de depresión: En el apartado de desempleados, 70 (34.1%) con depresión ausente, 60 (29.3%) depresión leve y 28 (13.7%) depresión establecida. Por otra parte en el caso de los empleados, 37 (18%) con depresión ausente, 7 (3.4%) con depresión leve y 3 (1.5%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 14)

De acuerdo a la escolaridad con el grado de depresión en cada apartado se encontró: Analfabetas, 4 (2%) con depresión ausente y 4 (2%) con depresión leve. Primaria, 28 (13.7%) depresión ausente, 24 (11.7%) con depresión leve y 19 (9.3%) depresión establecida. Secundaria, 24 (11.7%) con depresión ausente, 23 (11.2%) con depresión leve y 7 (3.4%) depresión establecida. Bachillerato, 24 (11.7%) con depresión ausente, 12 (5.9%) depresión leve y 4 (2%) depresión establecida. Profesionales, 27 (13.2%) con depresión ausente, 4 (2%) con depresión leve y 1 (0.5%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 15)

En lo correspondiente a la religión y el grado de depresión se obtuvo: Con religión 102 (49.8%) con depresión ausente, 63 (30.7%) depresión leve y 28 (13.7%) con depresión establecida. En lo que concierne a los que no tienen religión, 5 (2.4%) con depresión ausente, 4 (2%) depresión leve y 3 (1.5%) depresión establecida.

(Ver tabla y gráfica 16)

En la categoría de años de portar la enfermedad (osteoartrosis) vinculada al grado de depresión: En el primer rango de 2 a 12 años, 94 (45.9%) con depresión ausente, 52 (25.4%) depresión leve y 20 (9.8%) depresión establecida. En el siguiente rango de 13 a 21 años, 13 (6.3%) con depresión ausente, 15 (7.3%) depresión leve y 11 (5.4%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 17)

Con respecto al tratamiento de la osteoartrosis y el grado de depresión en cada categoría se encontró los siguientes resultados: Con tratamiento farmacológico 88 (42.9%) con depresión ausente, 58 (28.3%) depresión leve y 24 (11.7%) depresión establecida. Por otra parte, en el grupo que involucra a quienes tuvieron manejo no farmacológico, 9 (4.4%) con depresión ausente, 2 (1%) depresión leve y 1 (0.5%) depresión establecida. Finalmente en el apartado de los que recibieron manejo quirúrgico, 10 (4.9%) con depresión ausente, 7 (3.4%) depresión leve y 6 (2.9%) depresión establecida. (Ver tabla y gráfica 18)

En cuanto a la limitación funcional vinculada al grado de depresión se encontró: en la categoría de capacidad funcional normal, 12 (5.9%) con depresión ausente, 1 (0.5%) con depresión leve. Por otro lado, en lo que respecta a aquellos con dolor y limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria, 63 (30.7%) con depresión ausente, 10 (4.9%) depresión leve y 1 (0.5%) depresión establecida. En el siguiente rubro de dolor limitante, 19 (9.3%) con depresión ausente, 14 (6.8%) con depresión leve y 11 (5.4%) depresión establecida. En el apartado de dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado, 13 (6.3%) con depresión ausente, 41 (20%) depresión leve y 17 (8.3%) depresión establecida. Finalmente en la categoría de limitación para el autocuidado, 1 (0.5%) con depresión leve y 2 (1%) depresión establecida.

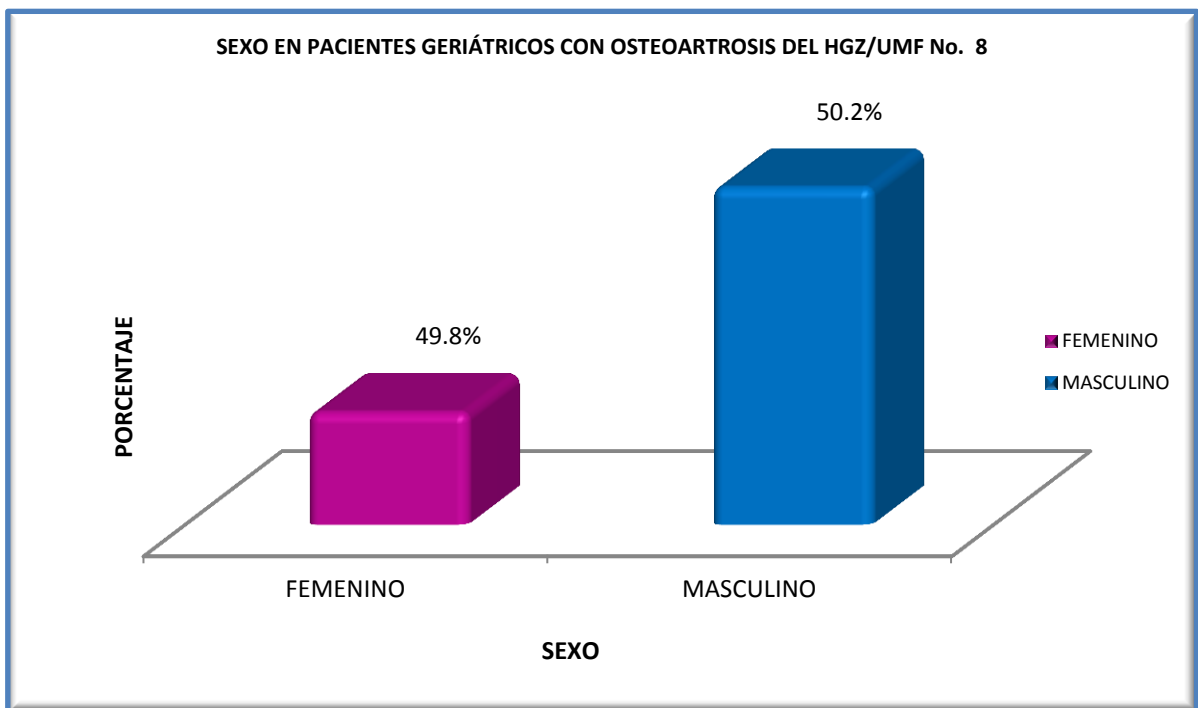
(Ver tabla y gráfica 19).

TABLA 1

Sexo en pacientes geriátricos con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	102	49.8
Masculino	103	50.2
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez C-JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 1



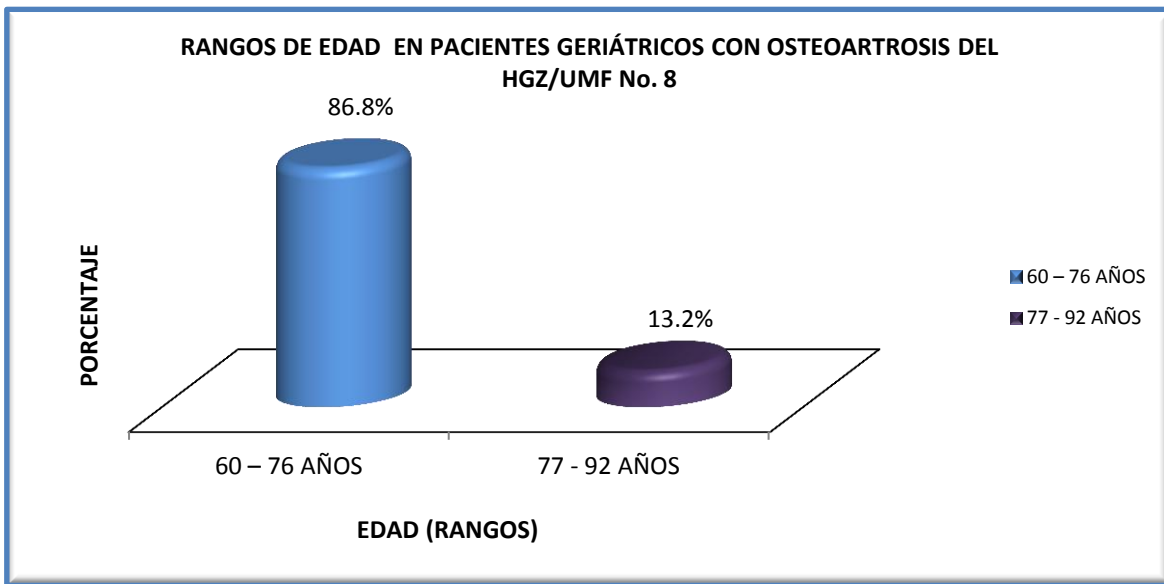
FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 2

Rangos de edad en pacientes geriátricos con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Edad (rangos)	Frecuencia	Porcentaje (%)
60 – 76 años	178	86.8
77 - 92 años	27	13.2
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 2



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 3

Estado civil en pacientes geriátricos con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	3	1.5
Casado	112	54.6
Divorciado	9	4.4
Viudo	50	24.4
Unión libre	31	15.1
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 3

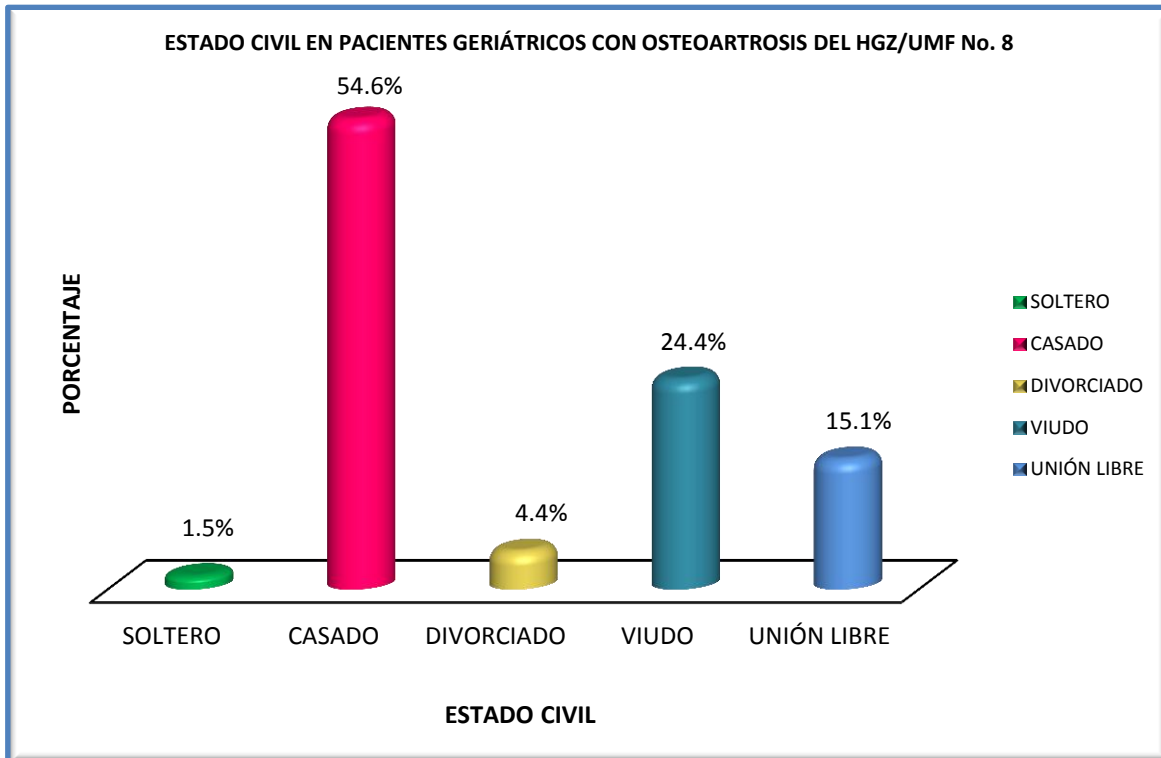


TABLA 4

Ocupación en el paciente geriátrico con osteoartritis HGZ/UMF No. 8		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	158	77.1
Empleado	47	22.9
Totales	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No, 8, 2015

GRÁFICA 4

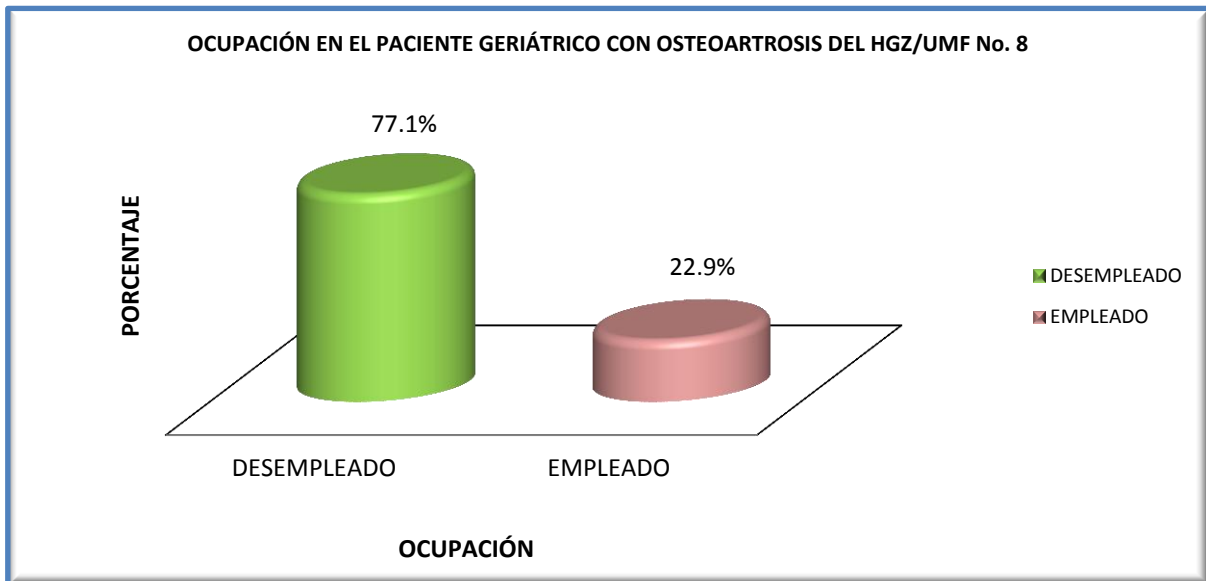
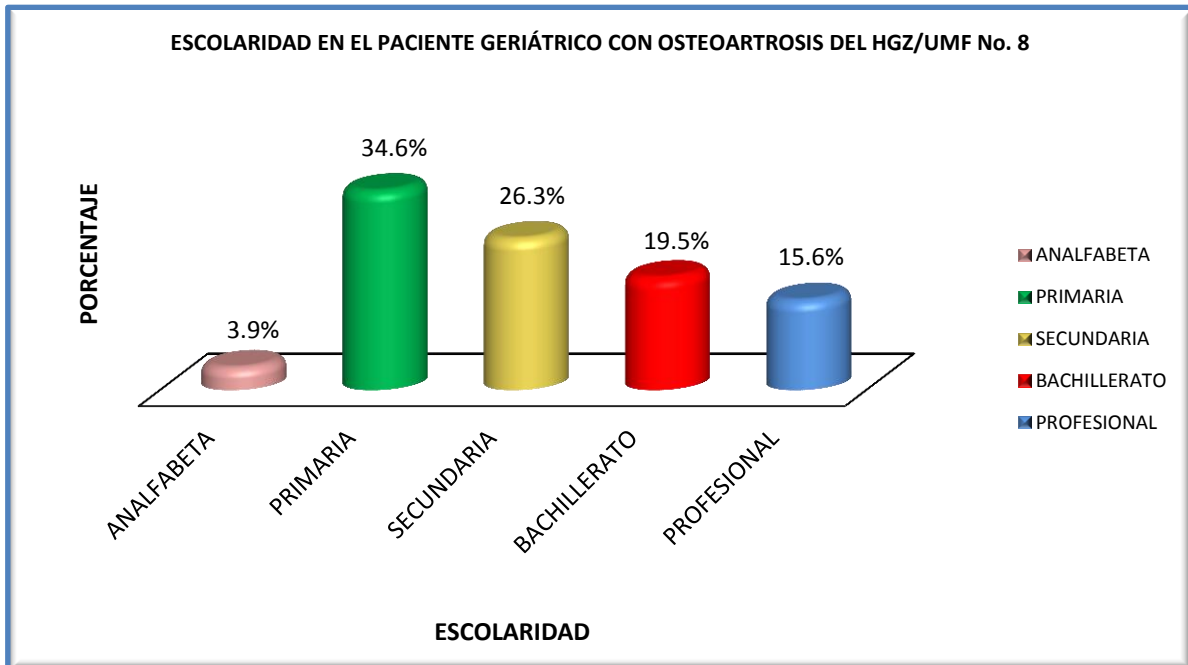


TABLA 5

Escolaridad en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	8	3.9
Primaria	71	34.6
Secundaria	54	26.3
Bachillerato	40	19.5
Profesional	32	15.6
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 5



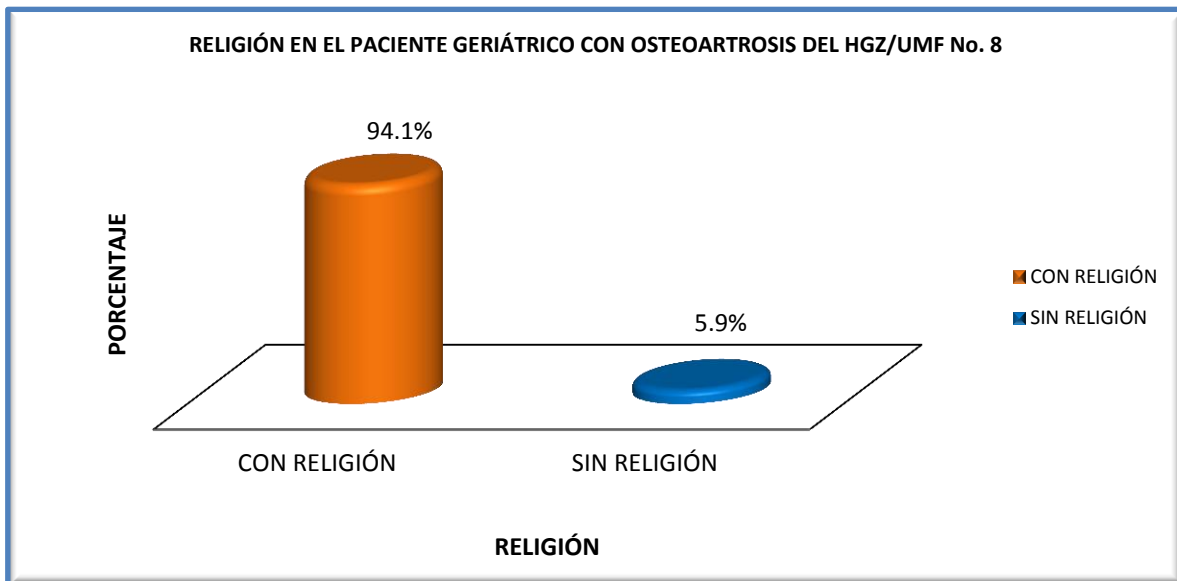
FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 6

Religión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con religión	193	94.1
Sin religión	12	5.9
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 6



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 7

Años de portar la osteoartritis en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8		
Años de portar la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
2 – 12 años	166	81
13 – 21 años	39	19
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 7

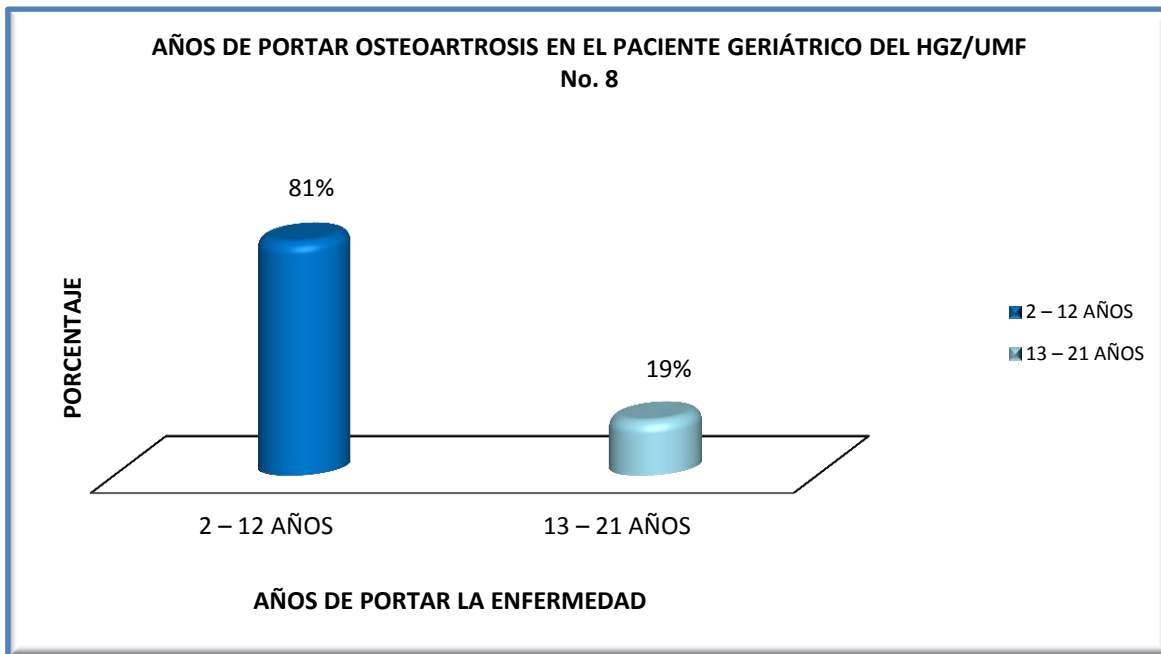
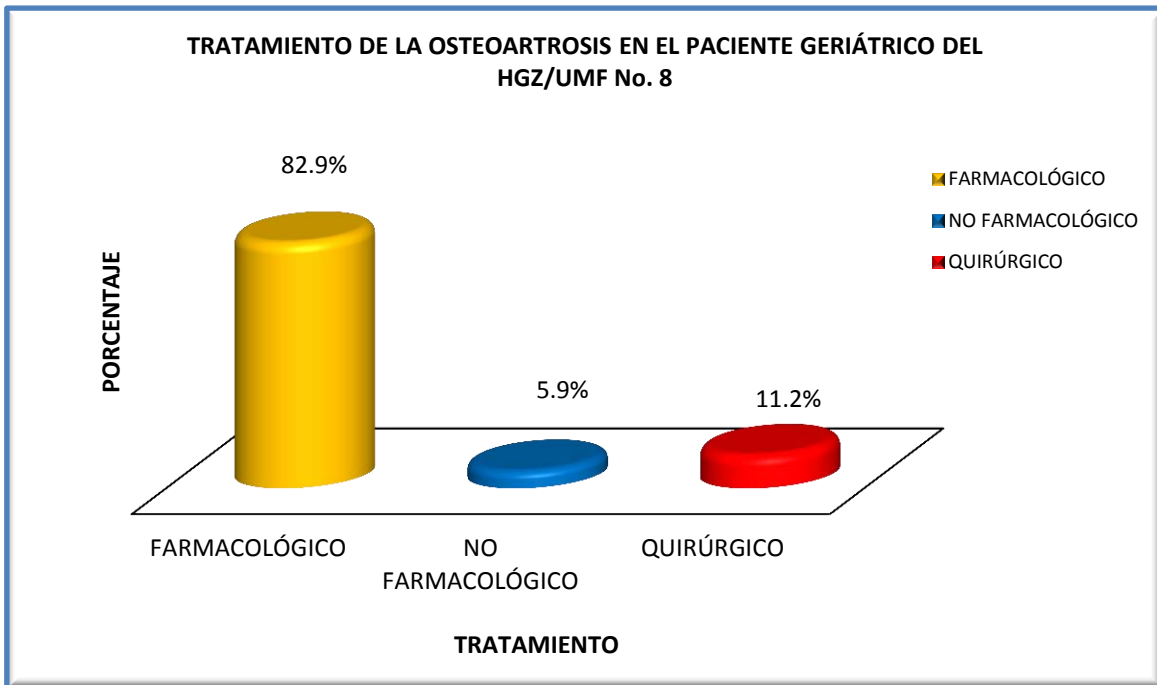


TABLA 8

Tratamiento de la osteoartritis en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8		
Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Farmacológico	170	82.9
No farmacológico	12	5.9
Quirúrgico	23	11.2
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 8



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 9

Limitación funcional de la osteoartritis en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8		
Limitación funcional de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Capacidad funcional normal	13	6.3
Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria	74	36.1
Dolor limitante	44	21.5
Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado	71	34.6
Limitación para el autocuidado y la alimentación	3	1.5
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 9

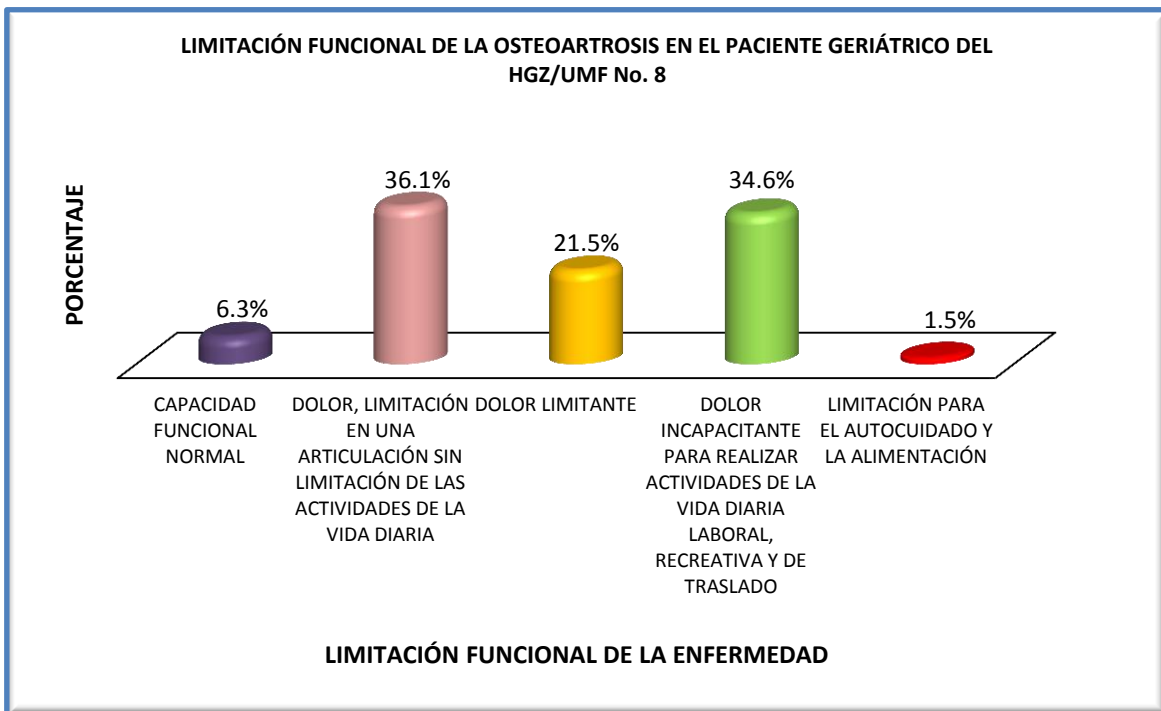


TABLA 10

Grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8		
Grado de depresión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ausente	107	52.2
Depresión leve	67	32.7
Depresión establecida	31	15.1
Total	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No, 8, 2015

GRÁFICA 10

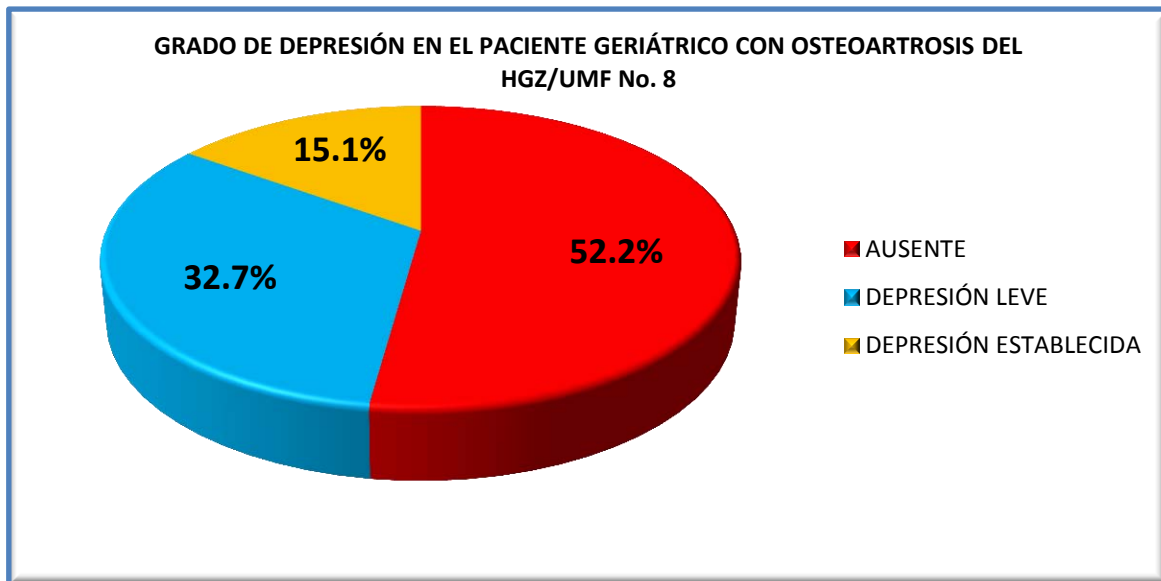


TABLA 11

Sexo y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8								
Sexo	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Femenino	51	24.9	35	17.1	16	7.8	102	49.8
Masculino	56	27.3	32	15.6	15	7.3	103	50.2
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 11

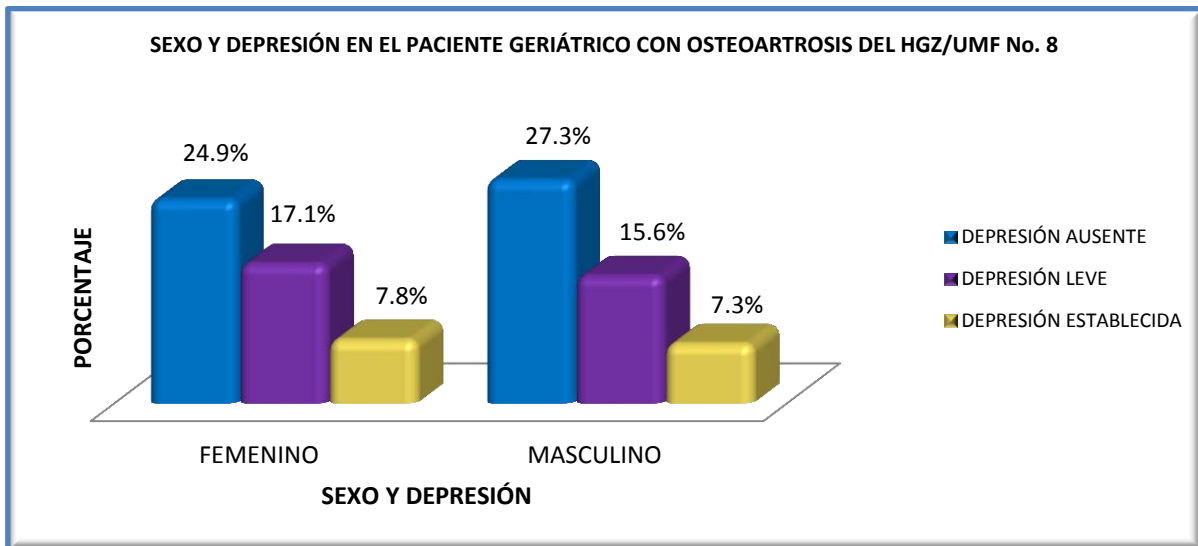
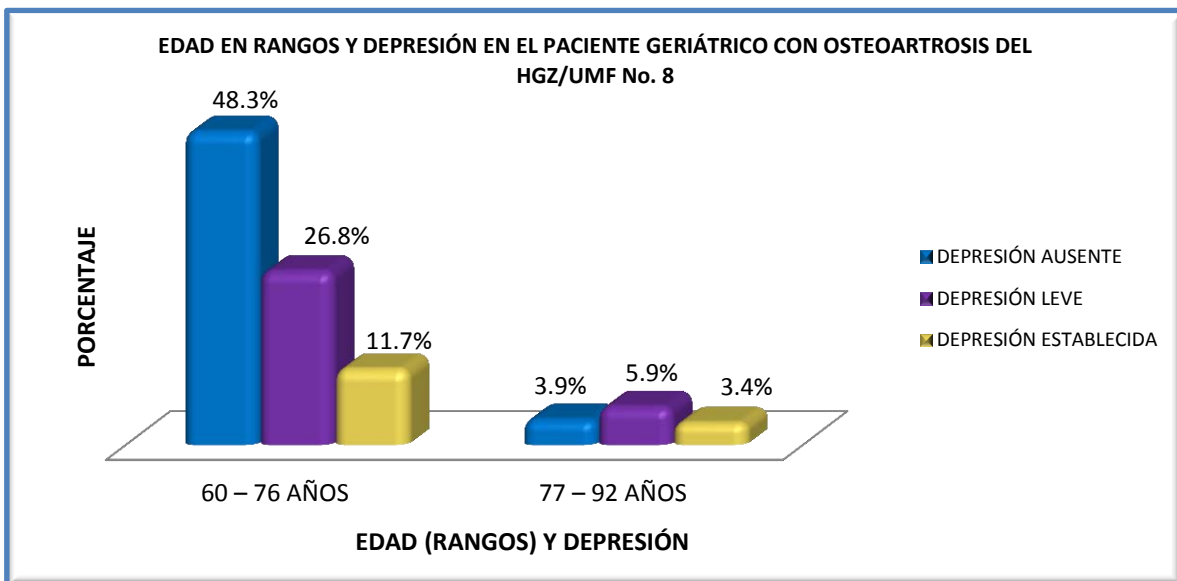


TABLA 12

Edad en rangos y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8								
Edad (rangos)	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
60 – 76 años	99	48.3	55	26.8	24	11.7	178	86.8
77 – 92 años	8	3.9	12	5.9	7	3.4	27	13.2
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 12



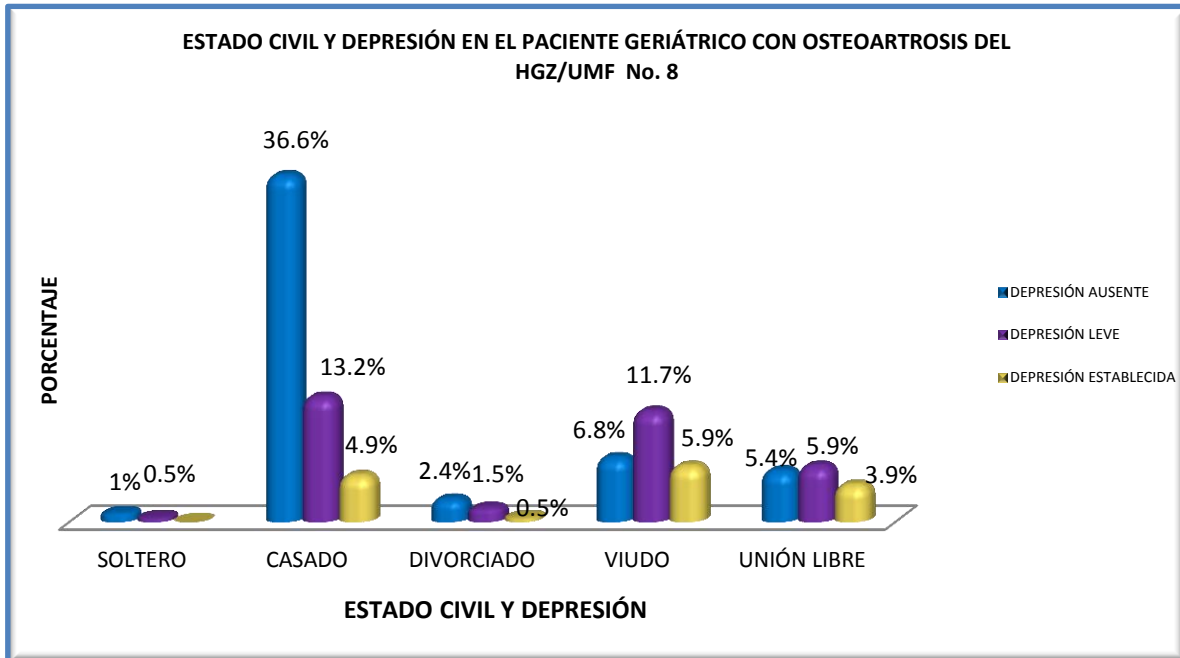
FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 13

Estado civil y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8								
Estado civil	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Soltero	2	1	1	0.5	0	0	3	1.5
Casado	75	36.6	27	13.2	10	4.9	112	54.6
Divorciado	5	2.4	3	1.5	1	0.5	9	4.4
Viudo	14	6.8	24	11.7	12	5.9	50	24.4
Unión libre	11	5.4	12	5.9	8	3.9	31	15.1
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 13



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 14

Ocupación y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8								
Ocupación	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Desempleado	70	34.1	60	29.3	28	13.7	158	77.1
Empleado	37	18	7	3.4	3	1.5	47	22.9
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 14

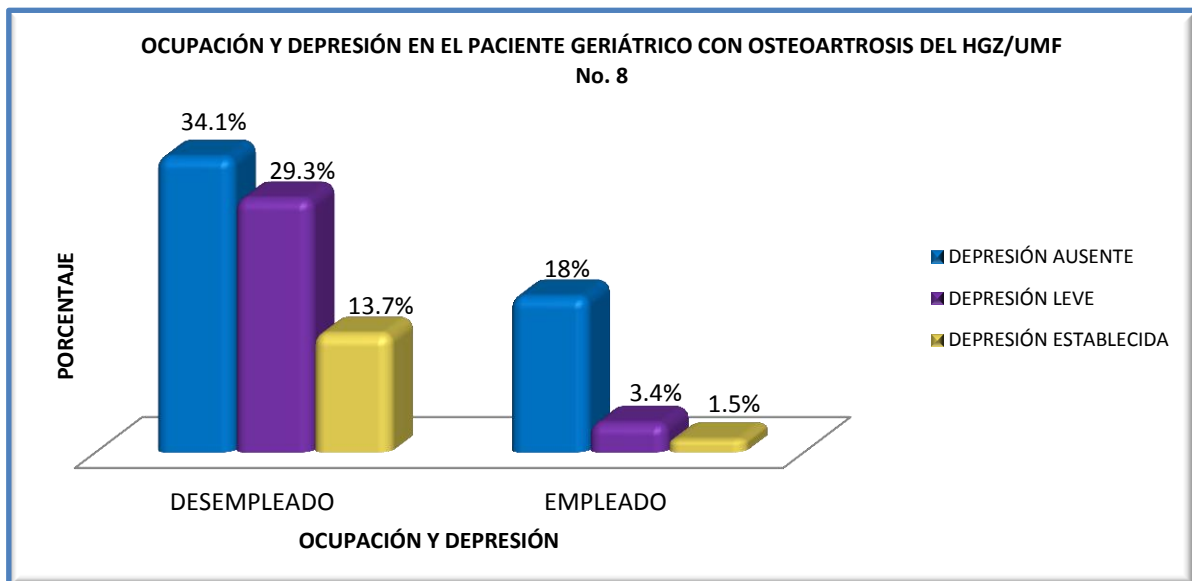


TABLA 15

Escolaridad y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No. 8								
Escolaridad	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Analfabeta	4	2	4	2	0	0	8	3.9
Primaria	28	13.7	24	11.7	19	9.3	71	34.6
Secundaria	24	11.7	23	11.2	7	3.4	54	26.3
Bachillerato	24	11.7	12	5.9	4	2	40	19.5
Profesional	27	13.2	4	2	1	0.5	32	15.6
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 15

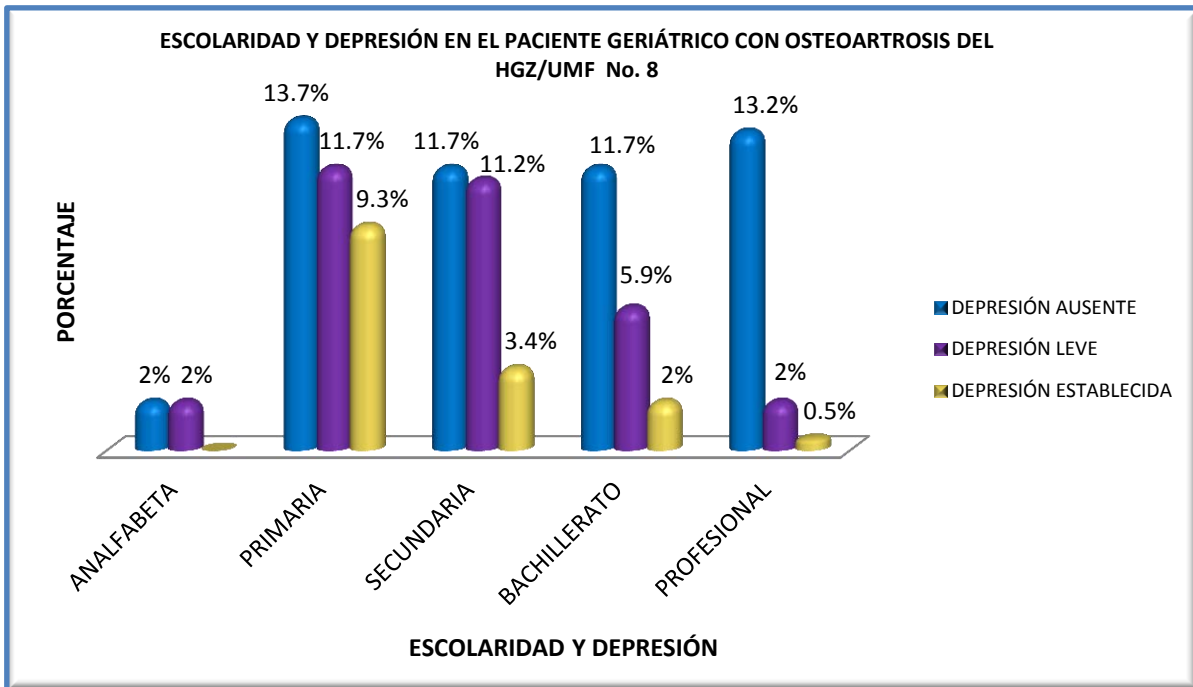
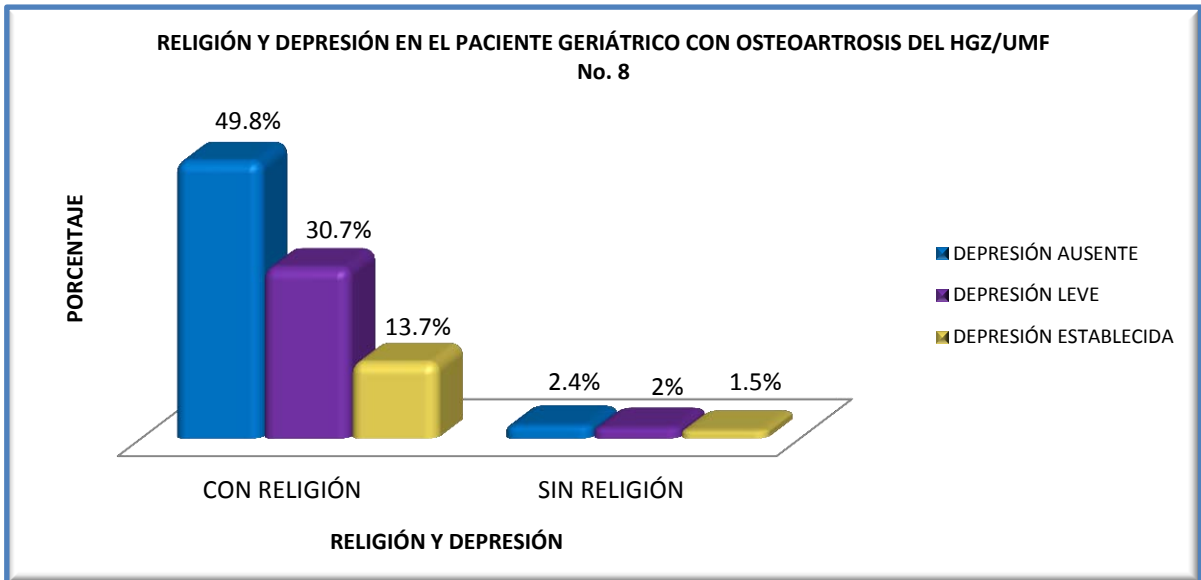


TABLA 16

Religión y depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ /UMF No. 8								
Religión	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Con religión	102	49.8	63	30.7	28	13.7	193	94.1
Sin religión	5	2.4	4	2	3	1.5	12	5.9
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 16



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 17

Años de portar la osteoartrosis y depresión en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8								
Años de portar la enfermedad	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
2 – 12 años	94	45.9	52	25.4	20	9.8	166	81
13 – 21 años	13	6.3	15	7.3	11	5.4	39	19
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 17

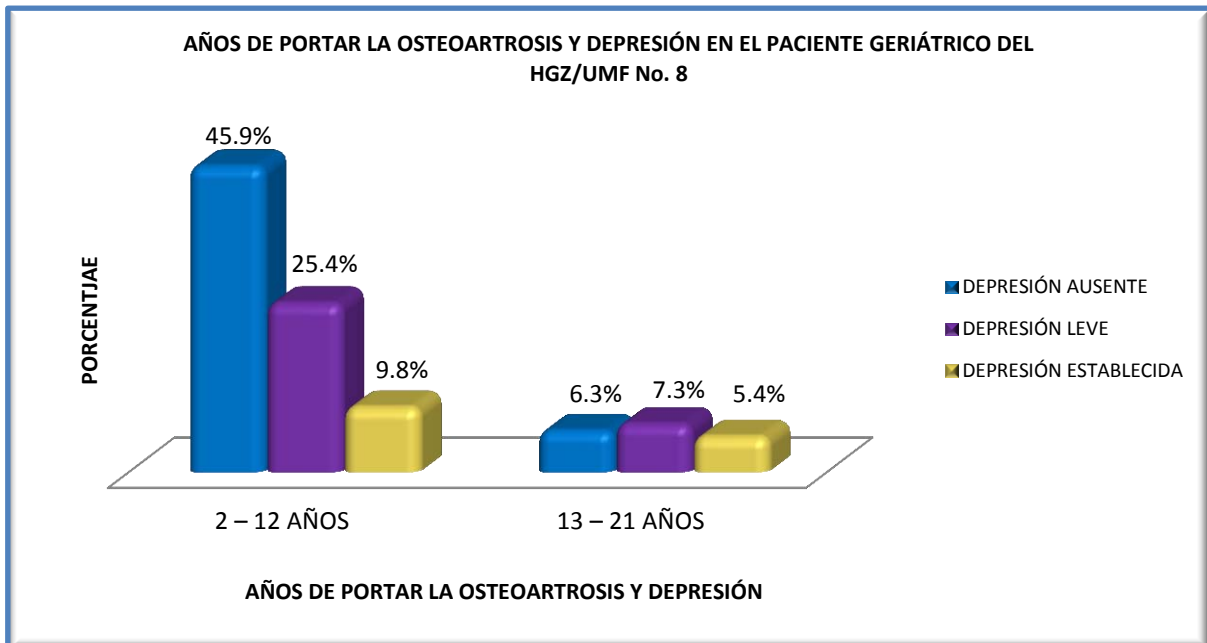
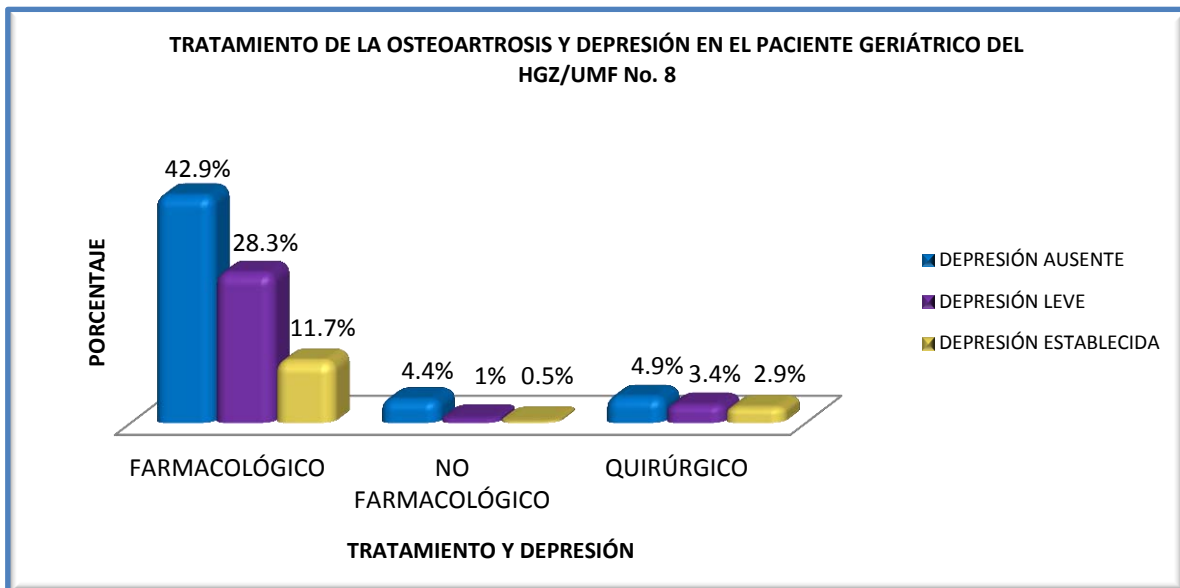


TABLA 18

Tratamiento de la osteoartrosis y depresión en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8								
Tratamiento	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Farmacológico	88	42.9	58	28.3	24	11.7	170	82.9
No farmacológico	9	4.4	2	1	1	0.5	12	5.9
Quirúrgico	10	4.9	7	3.4	6	2.9	23	11.2
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 18



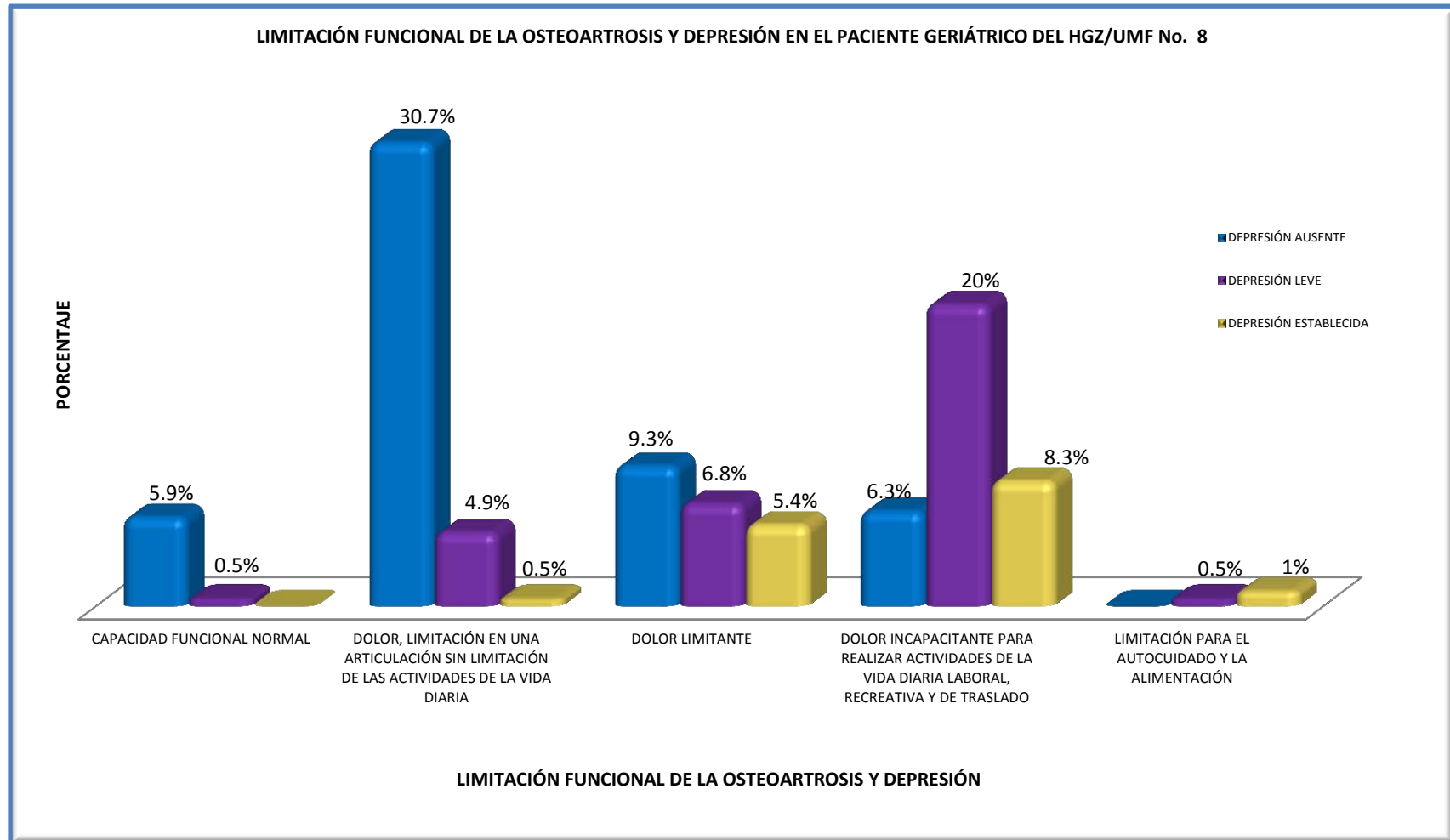
FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

TABLA 19

Limitación funcional de la osteoartritis y depresión en el paciente geriátrico del HGZ/UMF No. 8								
Limitación funcional de la enfermedad	Depresión							
	Ausente		Leve		Establecida		Total	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
Capacidad funcional normal	12	5.9	1	0.5	0	0	13	6.3
Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria	63	30.7	10	4.9	1	0.5	74	36.1
Dolor limitante	19	9.3	14	6.8	11	5.4	44	21.5
Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado	13	6.3	41	20	17	8.3	71	34.6
Limitación para el autocuidado y la alimentación	0	0	1	0.5	2	1	3	1.5
Total	107	52.2	67	32.7	31	15.1	205	100

FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

GRÁFICA 19



FUENTE: n=205 Gómez-C JI, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A. Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis en el HGZ/UMF No. 8, 2015

DISCUSIONES

En el estudio de Escobar Bravo et al. (2012) “Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género”, se encontró una frecuencia de 33 % de adultos mayores con sintomatología depresiva; por otro lado, en el estudio de García Serrano y Tobías Ferrer (2001) “Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano en riesgo”, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la presencia de depresión alcanzó el 31%. Ambos estudios realizados en población española. En México, Castro Lizárraga, et al. (2006) “Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor”, detectó 41.7 % de ancianos deprimidos. Al contrastar los estudios antes mencionados, en nuestra investigación se encontró que el 48% de adultos mayores presentó algún grado de depresión. Esta diferencia de frecuencias puede deberse a causas geográfico - culturales. Al comparar los resultados de los estudios anteriormente citados, existe concordancia con la literatura nacional, sin embargo contrasta con las investigaciones realizadas en España; una de las explicaciones para justificar ésta discrepancia es que en los países desarrollados la población tiene una mejor calidad de vida comparada con los países en vías de desarrollo, generando por lo tanto menor frecuencia de depresión. Otra explicación radica en que los países desarrollados, la tasa de institucionalización de las personas mayores es bastante más elevada, por lo que se podría deducir que las personas con sintomatología depresiva están institucionalizadas en mayor medida en estos países, que en los países en vías de desarrollo.

En cuanto a la frecuencia de sexo y depresión, la investigación de Gómez Restrepo et al. (2014) “Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)” arroja los siguientes resultados: En el caso de los hombres, 22.1% tenían depresión; en lo que respecta a las mujeres, 28.8% presentaron depresión. En nuestro estudio se encontró: 22.9% hombres con depresión; por otro lado, en el caso de las mujeres se evidenció en 24.9%. Ambos estudios muestran un predominio de depresión en el género femenino, de la misma forma los resultados obtenidos son muy similares. En la literatura se hace referencia a la mayor frecuencia de depresión en el género femenino. Existen investigaciones que reportan hasta el doble de riesgo en las mujeres de presentar depresión en comparación con los hombres, un factor asociado es el aspecto hormonal, ya que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Además, muchas mujeres enfrentan diversas situaciones que las hacen proclives a sufrir depresión, como lo son las responsabilidades dentro del hogar, el cuidado de algún miembro de la familia, la viudez, entre otras. El INEGI en el 2014 reporta que las mujeres viven en promedio más años que los hombres, sin embargo la calidad de vida en las mujeres ancianas se afecta por la mayor prevalencia de comorbilidades, siendo éstas últimas factores de riesgo para depresión.

En otro aspecto, al vincular el estado civil con la presencia de depresión, Sarró-Maluquer, et al. (2013) en su estudio de “Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados” encontró que tenían depresión el 55% de los viudos y 34.2% de los casados. En nuestro estudio, los grupos con mayor predominio de depresión fueron los casados con 18.1% y los viudos con 17.6%. En diversas investigaciones se encuentra referido como un factor de riesgo el hecho de no tener pareja, por la falta del lazo afectivo, de apoyo emocional y convivencia. Sin embargo, en el estudio citado y en nuestra investigación los resultados encontrados difieren importantemente, en el primero es posible deducir que el no tener pareja podría influir de manera negativa en la vida del anciano, haciéndolo propenso a presentar depresión. Por otro lado, nuestros resultados muestran un porcentaje similar entre los dos grupos predominantes. Lo anterior podría explicarse por la multiplicidad de factores tanto biológicos, psicológicos y sociales presentes en el paciente, los cuales podrían tener un mayor peso o importancia para generar depresión, opacando el efecto protector de contar con una pareja.

En el estudio de Pando Moreno, et al. (2001) “Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana”, en lo referente a la ocupación y la presencia de depresión encontró que cerca del 55% de los desempleados la presentaban. En nuestro estudio, 43 % de los desempleados mostró algún grado de depresión, por otra parte, en los empleados sólo se observó en el 4.9 %. En ambos estudios se observa el predominio de depresión en aquellos que están desempleados. Para el anciano, es de suma importancia conservar su autonomía e independencia. El realizar algún tipo de actividad laboral provee al individuo de un sentido de pertenencia, fomenta las redes de apoyo y mejora los ingresos familiares.

En el rubro de escolaridad vinculada a depresión, Rodríguez Blanco (2012) en el estudio de “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico Cristóbal Labra”, la depresión predominó en pacientes con bajo nivel de escolaridad, arrojando los siguientes resultados: sin instrucción 3.6 %, primaria terminada 64.2 %, secundaria terminada 28.6% y universitario 3.6 %. Por otra parte, en nuestra investigación coincide el hecho de que a menor grado de escolaridad mayor es el porcentaje de depresión, siendo que el 21 % con primaria tienen depresión y 14.6% con secundaria la presentan. El alfabetismo y la educación contribuyen claramente al bienestar de los ancianos, al permitir que se cumplan las perspectivas económicas en una etapa temprana en la vida, preparando a los adultos para la vejez.

Con respecto a la asociación de religión y depresión, Ocampo M et al (2006) en “Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adulto mayores”, encontró que el 97.8 % de adultos mayores tenía algún tipo de religión, que concuerda con el resultado obtenido en la investigación, siendo éste de 94.1%. Además se reporta que el 24.2% de los adultos mayores que tenían una religión no mostraban síntomas depresivos, al

correlacionarlo con nuestros resultados, 49.8% de los ancianos con religión no presentaron depresión. Por lo tanto, la religión puede considerarse como beneficiosa para los adultos mayores debido a que influye de manera positiva en la salud; proporciona redes de apoyo, aumenta la autoestima, el deseo de vivir y disminuye el estrés y depresión.

En la literatura nacional e internacional no hay investigaciones con respecto a la limitación funcional de la osteoartritis y el grado de depresión. En nuestro estudio se observó que conforme incrementa la limitación funcional de la enfermedad, de la misma forma aumenta la frecuencia de depresión. Siendo el rubro de dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado el más afectado con 20% y 8.3% de adultos mayores que presentaron depresión leve y establecida, respectivamente. De lo anterior, se ha encontrado en diversas investigaciones que a pesar de la prescripción de un tratamiento adecuado para la depresión, si no se resuelve en primera instancia el dolor y por consiguiente la limitación funcional por la osteoartritis, éste puede ser ineficaz y un predictor de pobre respuesta. Por lo tanto, es imperativo no sólo brindar un tratamiento oportuno contra la depresión, sino también implementar medidas terapéuticas que promuevan la mejoría de la sintomatología de la osteoartritis.

Con respecto a los alcances de esta investigación, es importante señalar que la población geriátrica irá en aumento en los siguientes años debido a la transición demográfica que vive nuestro país, aunado a lo anterior serán más frecuentes los padecimientos crónico-degenerativos. En éste aspecto al vincularlo con nuestra investigación, diversas condiciones médicas que afectan al anciano podrían generar depresión, entre ellas la osteoartritis. En nuestro estudio, se observó que cerca del 94% presentan algún grado de limitación funcional por la osteoartritis, lo anterior puede conducir a discapacidad, disminución de la calidad de vida, restricción para realización de las actividades de la vida diaria y finalmente generar síntomas depresivos. Por lo tanto, se espera que éste estudio sirva de marco de referencia para promover la identificación temprana de depresión en éste grupo etario y limitar las comorbilidades asociadas a ésta. De la misma forma proponer un modelo de atención multidisciplinario para hacer frente a la creciente prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas, así como el aumento de la limitación y consecuente dependencia que resulta de ellas.

Una de las principales limitaciones del estudio, es el hecho de que la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento de tamizaje, lo que obligaría a revisar los casos positivos para confirmar el diagnóstico e individualizar en cada caso la decisión de iniciar tratamiento, según la presencia o no de factores asociados y anticiparse al diagnóstico, evitando el empeoramiento clínico asociado al retraso del diagnóstico frecuente en estas edades.

La escala de depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento genérico, aplicable únicamente a la población en edad geriátrica, independientemente de sus características, por lo que podría no ser tan sensible y específico para detectar depresión en los adultos mayores con osteoartrosis.

Otra limitación es que, por el carácter transversal de éste estudio, no puede deducirse la asociación de causalidad, por lo tanto los datos longitudinales se convierten en necesarios para desentrañar aún más la compleja interacción entre los factores asociados a los síntomas depresivos.

En cuanto a los sesgos presentes en el estudio, se considera el hecho de que la muestra fue obtenida únicamente en la consulta externa del HGZ/UMF No. 8, por lo que podría no ser representativa de la población. Otro sesgo de selección fue la inclusión de ancianos con múltiples comorbilidades las cuales podrían incidir en algún grado para desencadenar síntomas depresivos.

En lo relativo a la aplicabilidad del estudio, es importante en la práctica asistencial debido al infradiagnóstico y por consiguiente infratratamiento de la depresión en los adultos mayores, encontrándose en diversos estudios un aumento de la morbimortalidad en quienes la padecen. Por lo tanto se propone implementar estrategias que abarquen todos los niveles de atención médica, especialmente el primer nivel de atención para la detección y tratamiento oportuno, con la integración de servicios y colaboración multidisciplinaria para la promoción del envejecimiento exitoso.

En el aspecto administrativo, un nuevo modelo de atención médico-social-geriátrico permitiría optimizar el uso de los recursos y potencializar el impacto de las acciones para lograr en forma eficiente un envejecimiento y una vejez saludables y participativos. Lo anterior también disminuiría la sobreutilización de los servicios de salud y por ende los costos.

En lo relativo a la aplicabilidad educativa, se demuestra la utilidad de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage como instrumento de tamizaje para detectar depresión en el adulto mayor, considerándose una herramienta práctica y confiable. La identificación precoz permitiría el tratamiento oportuno y limitación de los daños secundarios a ésta.

Con respecto a la aplicabilidad en investigación, es relevante mencionar que en nuestro país existen muy pocas investigaciones acerca de la depresión y aún menos en adultos mayores. Por lo que en futuras investigaciones nuestro estudio podría ser un punto de referencia. De la misma forma se podrían evaluar otros

aspectos que no fueron evaluados en ésta investigación: la funcionalidad familiar, el aislamiento social, las redes de apoyo, la participación comunitaria, entre otras.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se cumplió el objetivo al evaluar el grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis del HGZ/UMF No. 8 encontrando de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica, cerca del 48% con depresión.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que existe algún grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartrosis del HGZ/UMF No 8.

A raíz del presente estudio, se encontró una frecuencia mayor de depresión en mujeres en comparación a los hombres. A ese respecto, el médico familiar debe fomentar el uso de las redes de apoyo en el ámbito familiar, comunitario e institucional. En el ámbito familiar, es necesario informar acerca del tema de la vejez, sobre los cambios que ocurren en ésta etapa de la vida y a su vez el impacto que tienen las enfermedades en el anciano. En cuanto a las redes extrafamiliares, a nivel de atención primaria se propone la formación de un grupo con personal capacitado que realice visitas domiciliarias con el fin de proveer compañía y apoyo emocional.

Aquellos ancianos que cuentan con un empleo presentan menor frecuencia de depresión comparados con los desempleados. El hecho de trabajar o realizar actividades fuera del hogar, provee al adulto mayor de un sentimiento de autonomía e independencia, además de ser un factor generador de redes de apoyo. La mayoría de la población que se jubila no ésta preparada para ello, no tienen ningún proyecto a futuro, los que realizan alguna tarea dedican el tiempo libre a actividades sedentarias, por lo que resulta de importancia generar estrategias que implementen la funcionalidad del anciano y la participación social.

Los ancianos con menor grado de escolaridad, muestra mayor frecuencia de depresión. Lo que hace necesario crear políticas para lograr que los adultos mayores que se encuentran en situación de rezago ejerzan su derecho a recibir educación. Por otra parte, la educación es indispensable para que los adultos mayores reciban capacitación que les permita desempeñar una ocupación productiva. Para las personas de la tercera edad la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura de envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar.

La religión puede considerarse como un recurso que proporciona efectos positivos para la salud y bienestar del adulto mayor, disminuyendo la presencia de depresión y otras comorbilidades y aumentando el deseo de vivir.

Se observó que el aumento progresivo de la limitación funcional de la osteoartrosis implica de la misma forma incremento en la frecuencia de depresión. El apartado de dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria laboral, recreativa y de traslado presentó cerca del 29% de adultos mayores deprimidos, correspondiendo al de mayor afectación. Al existir algún grado de limitación funcional para el anciano, se impacta de manera negativa en varios aspectos de la vida diaria de éste, propiciando la pérdida de la independencia y autonomía. A nivel de atención primaria se propone la formación de programas que promuevan el envejecimiento exitoso, el cual consta de la combinación e interrelación de tres componentes que buscan la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada con enfermedades, alta capacidad funcional cognitiva y física y una participación activa en la vida. A nivel de atención primaria, debe brindarse a la par un tratamiento adecuado para la osteoartrosis y la depresión. El manejo adecuado del dolor y la limitación funcional, mejora la respuesta del tratamiento antidepressivo.

La identificación temprana y tratamiento oportuno de depresión en el adulto mayor mejora el pronóstico y disminuye la morbimortalidad asociada. Por lo que resulta imperativo ampliar esfuerzos que permitan identificar los síntomas depresivos como obstáculos al bienestar y la productividad del anciano. El tratamiento de éstos en el primer nivel de atención a la salud es posible y conveniente, requiriéndose la colaboración multidisciplinaria.

Para quien desee continuar esta línea de investigación se propone realizar un estudio longitudinal, incrementando la muestra de pacientes a investigar mediante un estudio multicéntrico que no solo contemple las variables descritas en esta investigación, sino otras como las comorbilidades, limitación funcional del anciano básica e instrumental, estilo de vida, funcionalidad familiar y redes de apoyo.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento de tamizaje útil para detectar depresión en el anciano. Es una herramienta práctica y sencilla de aplicar, además de tener una alta confiabilidad.

En este estudio se encontró que cerca del 48% de pacientes geriátricos con osteoartrosis que acuden a la consulta externa del HGZ/UMF No. 8 presentan algún grado de depresión. De ahí la importancia del médico familiar para la detección temprana de los aquejados por ésta enfermedad. El médico de atención primaria deber ser competente para brindar un tratamiento adecuado e integral

que involucra el tratamiento médico y psicoterapéutico, con la finalidad de evitar las recaídas, recurrencias y comorbilidades asociadas a ésta.

REFERENCIAS

1. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008; 58:249-265.
2. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, et al. Lifetime prevalence and age of onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 168 - 176
3. Aguilar S, Ávila JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx.* 2007; 143 (2):
4. Álaba J, Arriola E. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009; 16 (6): 344 - 351
5. Krishnan KR, DeLong M. Comorbidity of depression with other medical disease in the elderly. *Biol Psychiatry.* 2002; 52: 559 – 588
6. Mc Donough CM, Jette AM. The Contribution of Osteoarthritis to Functional Limitations and Disability. *Clin Geriatr Med.* 2010; 26: 387–399
7. Espinosa R, Arce CA, Cajigas JC, Esquivel JA, Gutiérrez J, Martínez JL, et al. Reunión multidisciplinaria de expertos en diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteoartritis. Actualización basada en evidencias. *Med Int Mex.* 2013; 29 (1): 67 – 92
8. Cajigas JC, Ariza R, Espinosa R. Guía de práctica clínica basada en evidencia para el diagnóstico y tratamiento de la osteoartritis. *Med Int Mex.* 2011; 27 (6): 552 - 572
9. Friol GJ, Carnota LO, Rodríguez EM, Campo MF, Porro NJ. Morbilidad y discapacidad física por osteoartritis. Municipio 10 de Octubre. La Habana. *Revista Cubana de Reumatología.* 2012; 14 (19): 1 – 13
10. Jaramillo N. Formas de artritis: Osteoartritis. *Reumatol Clin.* 2010; 5 (2): 132 – 141
11. Bijlsma WJ, Berenbaum F, Lafeber F. Osteoarthritis: an update with relevance for clinical practice. *Lancet* 2011; 377: 2115 – 2126
12. Goycochea RM, López RV, Colín M, Fragoso PG, Ricardez SG, Solís SR. Guía clínica para la atención de osteoartrosis de rodilla y cadera. *Rev Med IMSS.* 2003; 41: 99 - 107

13. Vargas NF, Medina AM, Hermosa HJ, Medina R. Tratamiento del paciente con artrosis. *Aten Primaria*. 2014; 46 (1): 39 – 61
14. Benito-Ruiz P. Guías y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la artrosis: en busca del consenso. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2012; 13 (1): 3 – 8
15. Martín A, Purificación V, Vicente E, Sánchez M, Purificación G, Martín M. Depresión y Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artrosis: Diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2010; 15 (2): 125-132
16. Solís CU, Hernández CI, Prada HD. Evaluación de la capacidad funcional en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*. 2014; 16 (1): 23 - 29
17. Sarró-Maluquer M, Ferrer FA, Rando M, Formiga F. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013; 39 (7): 354-360
18. González PE, Gutiérrez DC, Stevens G, Barraza LM, Porrás CR, Carvalho N, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Publica Mex*. 2007; 49 (1): 37 – 52
19. Douglas CN, et al. Depresión en el Adulto Mayor. *Instituto Nacional de Geriátría*. 2012; 32: 240 – 248
20. Hootman JM, Helmick CG. Projections of US prevalence of arthritis and associated activity limitations. *Arthritis Rheum*. 2006; 54: 226 – 229
21. Vegas AM. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano. *Medicine*. 2006; 9 (62): 4049 – 4051
22. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
23. Park M, Unutzer J. Geriatric Depression in primary care. *Psychiatr Clin N Am*. 2011;34:469–487
24. Ellison JM, et al. Depression in Later Life: An overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin N Am*. 2012; 35: 203–229
25. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late - life depression? *Psychiatr Clin N Am*. 2013; 36: 497 – 516
26. Sozeri-Varma G. Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging and Disease*. 2012; 3 (9): 465 - 471

27. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005; 365: 1961 – 1970
28. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008; 5 (1): 1- 9
29. Serby M, Yu M. Overview: Depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*. 2003; 70: 38 - 44
30. Peña SD, Herazo DM, Calvo GJ. Depresión en ancianos. *Rev Fac Med*. 2009; 57 (4): 347 – 355
31. Hall CA, et al. Late life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. *Maturitas*. 2014; 79: 147 – 152
32. Gómez AC, Campos AA. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*. 2011; 10 (3): 735-743
33. Sheikh JL, Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5:165-172.
34. Brown LM. Schinka JA. Development and initial validation of a 15 item informant version of the geriatric depression scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20 (10): 911 – 918
35. Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican- American elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997; 12: 21 - 25
36. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo E. Validez y confiabilidad del cuestionario de la ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Publica Mex*. 2007; 49: 256 – 262.
37. Berenzon SD. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*. 2013; 55 (1): 74 – 80
38. Borges G. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1371 – 1378
39. Sarró-Maluquer M, Ferrer FA, Rando M, Formiga F. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen*. 2013; 39 (7): 354-360
40. Gómez-Restrepo C, Nelcy-Rodríguez M, Díaz N, Cano C, Tamayo N. Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Rev Column Psiquiat*. 2013; 43 (1): 65 – 70

41. Escobar-Bravo MA, Botigué-Satorra T, Jürschik-Giménez P, Nuin-Orrio C, Blanco-Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Getorontol.* 2013; 48 (2): 59 – 64
42. Verhaak PF, Dekker JH, Waal MW, Van Marwijk H, Comijs HC. Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal of Affective Disorders.* 2014; 167: 187 – 191
43. Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales V, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat.* 2006; 39 (4): 132 - 137

ANEXOS

ANEXO. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL EN OSTEOARTROSIS

Subgrupo I	Capacidad funcional normal
Subgrupo II	Dolor, limitación en una articulación sin limitación de las actividades de la vida diaria
Subgrupo III	Dolor limitante
Subgrupo IV	Dolor incapacitante para realizar actividades de la vida diaria, laboral, recreativa y de traslado
Subgrupo V	Limitación para el autocuidado y la alimentación

ANEXO. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DSM V)

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es **(1) estado de ánimo deprimido** o **(2) pérdida de interés o de placer**.

NOTA: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras persona (ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

NOTA: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

ANEXO. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DSM V)

TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM IV

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que ésta ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Insomnio o hipersomnia.

3. Poca energía o fatiga.

4. Baja autoestima.

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.

6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

ANEXO. ENCUESTA APLICATIVA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

TÍTULO DEL PROYECTO

Evaluación del grado de Depresión en pacientes Geriátricos con Osteoartrosis en el HGZ/UMF # 8 Gilberto Flores Izquierdo

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **AÑOS**

SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () DIVORCIADO 4 () VIUDO 5 () UNIÓN LIBRE

OCUPACIÓN: 1 () DESEMPLEADO 2 () EMPLEADO

ESCOLARIDAD	1 () ANALFABETA	2 () PRIMARIA	3 () SECUNDARIA	4 () BACHILLERATO	5 () PROFESIONAL	6 () POSGRADO
--------------------	------------------	----------------	------------------	--------------------	-------------------	----------------

RELIGIÓN 1 () CON RELIGIÓN 2 () SIN RELIGIÓN

AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD (OSTEOARTROSIS):	_____ AÑOS
--	------------

TRATAMIENTO	1 () FARMACOLÓGICO	2 () NO FARMACOLÓGICO	3 () QUIRÚRGICO
--------------------	---------------------	------------------------	------------------

LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA ENFERMEDAD	<p>1 () CAPACIDAD FUNCIONAL NORMAL</p> <p>2 () DOLOR, LIMITACIÓN EN UNA ARTICULACION SIN LIMITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</p> <p>3 () DOLOR LIMITANTE</p> <p>4 () DOLOR INCAPACITANTE PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, LABORAL, RECREATIVA Y DE TRASLADO</p> <p>5 () LIMITACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO Y LA ALIMENTACIÓN</p>
--	---

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (15 ÍTEMS)

INTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

- LEA CUIDADOSAMENTE CADA ENUNCIADO
- MARQUE CON UNA **X** LA OPCIÓN DESEADA
- AL TÉRMINO DEL CUESTIONARIO, VERIFIQUE QUE ESTE COMPLETO

		SI	NO
1.	¿ESTÁ SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2.	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES?	1	0
3.	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA?	1	0
4.	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5.	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6.	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7.	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8.	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9.	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10.	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11.	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12.	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13.	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14.	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15.	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
	PUNTAJE TOTAL		

INTERPRETACIÓN:

0 a 5: Normal (Ausente)	1()
6 a 9: Depresión leve	2()
≥ 10: Depresión establecida	3()

ANEXO. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ/UMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO

Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con Osteoartritis en el HGZ 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo

FECHA	2013											
	MAR 2013	ABR 2013	MAY 2013	JUN 2013	JUL 2013	AGO 2013	SEP 2013	OCT 2013	NOV 2013	DIC 2013	ENE 2014	FEB 2014
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X	X	X									
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA				X								
OBJETIVOS				X								
HIPOTESIS					X							
PROPOSITOS						X						
DISEÑO METODOLOGICO						X	X					
ANALISIS ESTADISTICO						X	X					
CONSIDERACIONES ETICAS								X				
RECURSOS									X			
BIBLIOGRAFIA										X		
ASPECTOS GENERALES											X	
ACEPTACION												X

FECHA	2014 - 2015											
	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X											
RECOLECCION DE DATOS	X	X										
ALMACENAMIENTO DE DATOS		X	X									
ANALISIS DE DATOS			X	X								
DESCRIPCION DE DATOS				X	X							
DISCUSIÓN DE DATOS					X	X						
CONCLUSION DEL ESTUDIO						X						
INTEGRACION Y REVISION FINAL							X					
REPORTE FINAL								X				
AUTORIZACIONES									X			
IMPRESIÓN DEL TRABAJO										X	X	
PUBLICACION												X

ANEXO. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: "Evaluación del grado de depresión en el paciente geriátrico con osteoartritis del HGZ/UMF No.8. Dr Gilberto Flores Izquierdo"

Lugar y Fecha: Servicios de consulta externa de medicina familiar en el HGZ UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". Junio 2013 – Diciembre 2014

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio:... **Los pacientes geriátricos con osteoartritis presentan un síntoma importante que es el dolor, a consecuencia de éste existe se genera inmovilidad, deterioro funcional, limitación para la realización de las actividades de la vida diaria y a la larga dependencia. Todo lo anterior, provee una atmósfera de frustración desesperanza y tristeza que puede culminar en un estado depresivo, empeorando importantemente la calidad de vida del paciente y haciéndolos propensos a otras comorbilidades. Por lo tanto, se realizará este estudio para conocer el grado de depresión en los pacientes con osteoartritis, Con la finalidad de ofrecer un tratamiento oportuno y limitar otras afecciones. Así también para disminuir los costos médicos, ya que existe evidencia de que los pacientes con depresión asisten a los servicios de salud en mayor proporción comparados con los que no la padecen. Otros de los motivos por los que se pretende realizar éste estudio, con la información que arroje plantear futuras intervenciones para disminuir la incidencia de algún trastorno depresivo en el adulto mayor, iniciando por medidas que disminuyan la limitación funcional provocada por la osteoartritis.**

Procedimientos:..... Se aplicara la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems.

Posibles beneficios que recibirá al participar

En el estudio Identificación temprana de depresión

Participación o retiro: El paciente tendrá la facultad de decidir su participación o retiro en cualquier Momento durante la realización del cuestionario.

Privacidad y confidencialidad:..... Prevalecerá el criterio de confidencialidad, asegurando datos personales y respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

NA	No autorizo que se tome la muestra
NA	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
NA	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Conocimiento del riesgo de desnutrición de nuestra población geriátrica.

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

Investigador Responsable: Dra. Juana Iris Gómez Cruz . Cel: 5555024431. Email: iris.timberlake526@gmail.com
Dr. Espinoza Anrubio Gilberto. Cel: 5535143649. Email: medicofamiliar_gil@yahoo.com.mx
Dr. Vilchis Chaparro Eduardo. Cel: 5520671563. Email: lalovilchis@gmail.com
Dra. Ana Toro Fontanell Cel: 5544907941 Email: anafontanell@hotmail.com.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma