

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



“CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO HOSPITALIZADO”

Efrain Isai Mazariegos Cottom

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna

Noviembre de 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el dador de vida, mayor guía y ayuda en este camino de vida tan maravilloso lleno de bendiciones y retos. Por darme la oportunidad de poder desempeñar tan noble profesión como lo es la Medicina.

A mi esposa e hijos, Dra. Mei-ling Egidia Aldina Pereira García de Mazariegos, por su amor y comprensión siendo mi ayuda idónea y mi fuerza, mi compañera de vida, el amor de mi vida, mujer virtuosa. Walter Santiago Enrique y Efraín Jonathan Antonio, por ser mi inspiración diaria y mi fuerza, mi mayor bendición, tomen lo mejor de mí e imítienlo y lleguen más y muchísimo más lejos que yo hijos míos.

A mis padres y hermanos, Br. Reginaldo Efraín Mazariegos Barrios y Licda. Miriam Isabel Cotom Castillo, por ser mi ejemplo desde pequeño, por sus oraciones y por la bendición de llamarme su hijo. Jonatan y Hania Mazariegos Cottom, por su apoyo y oraciones, que Dios les bendiga grandemente.

A mis suegros, Dr. Walter Pereira Soto y Profa. Lisdeth Floridalma García Rosales, por ser como unos padres para mí, por sus oraciones, apoyo y aprecio, Dios les bendiga grandemente siempre.

A mi madrina y asesores, Dra. Karina Linares Leal, Dr. Miguel Luna y Lic. André Chocó, por sus valiosos consejos y aprecio, Dios les bendiga grandemente.

A mis maestros del Hospital Roosevelt, por todas sus enseñanzas y sabiduría, por dejar plasmado en mi corazón el orgullo de llamarme *Rooseveliano*.

Al Hospital Roosevelt y Universidad de San Carlos de Guatemala, por permitir que me forme como Médico Internista, orgullosamente *Rooseveliano* y *Sancarlista*.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
2.1. Aspectos epidemiológicos.....	3
2.2. Definición.....	5
2.3. Clasificación de la población adulta mayor.....	6
2.4. Cambios que sufren los adultos mayores.....	7
2.5. Clasificación de la depresión.....	8
2.6. Escalas de evaluación de la depresión en el paciente geriátrico.....	11
III. OBJETIVOS.....	14
3.1. Objetivo General.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
IV. METODOLOGÍA.....	15
4.1. Tipo de estudio.....	15
4.2. Población.....	15
4.3. Muestra.....	15
4.4. Criterios de inclusión.....	16
4.5. Criterios de exclusión.....	16
4.6. Operacionalización de Variables.....	17
4.7. Análisis de resultados.....	20
4.8. Aspectos éticos.....	20
V. RESULTADOS.....	22
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	26
6.1. Conclusiones.....	28
6.2. Recomendaciones.....	29
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
VIII. ANEXOS.....	34
8.1. Consentimiento Informado.....	34
8.2. GDS-15 ESCALA DE YESAVAGE.....	37
8.3. Hoja de Clínica de Geriatría.....	36
8.4. Tabla Características de los Pacientes.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Prevalencia de depresión	22
Tabla 2. Características de los pacientes	23
Tabla 3. Depresión según comorbilidades	24
Tabla 4. Depresión según sexo y edad	25

RESUMEN

Introducción: La depresión pre, trans y posthospitalaria en el sentido de padecimiento concomitante o ligado al padecimiento físico es un campo poco estudiado en pacientes geriátricos; es importante dilucidar su relación con aspectos clínicos como respuesta al tratamiento, recuperación y sobrevida en este grupo etario. **Objetivo:** Determinar la frecuencia en la que se presenta la depresión en los pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt. **Metodología:** Estudio transversal realizado en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt durante enero a diciembre de 2017 evaluando a 150 pacientes con edades entre 65 a 97 años. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran de sexo femenino (67.3%), con edades entre 65 a 79 años (82.7%). Respecto a hábitos, el 18.1% eran fumadores activos, el 18.1% consumían alcohol. Las enfermedades de base más frecuentes fueron la hipertensión arterial (32.7%), la diabetes mellitus tipo 2 (28.0%) y EPOC (26.0%). La depresión severa en pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt es del 22.0%, IC95% [15.0 a 29.0], mientras que la depresión leve estaba presente en un 41.3%, IC95% [33.1 a 49.5]. En las patologías encontradas con mayor frecuencia, la depresión severa fue más frecuente en pacientes hipertensos (26.5%) que en diabéticos (16.7%) y pacientes con EPOC (17.9%). No se observó diferencia significativa de la depresión por sexo ($p = 0.647$), ni por edad (0.376), sin embargo, se observó que esta era un tanto mayor en los hombres (26.5% frente a 19.8%). **Conclusión:** La depresión afecta a dos terceras partes de los adultos mayores hospitalizados y específicamente la depresión severa a una quinta parte de estos individuos, las patologías con las que está más relacionada con la hipertensión y la diabetes mellitus.

Palabras clave: Adultos mayores, ancianidad, depresión, enfermedades crónicas no transmisibles.

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los principales síndromes geriátricos. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras en el adulto mayor. La prevalencia es diferente según la metodología y la población de referencia utilizada, pero puede ser del 10 al 27%. En Estados Unidos, la depresión genera un gasto anual de 43 mil millones de dólares y los ancianos deprimidos parecen tener una mayor susceptibilidad para las enfermedades crónicas y el deterioro funcional. Las manifestaciones de la depresión en el anciano son fluctuantes y los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la anorexia predominan, pero con poca especificidad ya que muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar. La detección temprana es deseable siempre y cuando los instrumentos usados para ello sean válidos y confiables. Una mejor comprensión de este problema permitirá un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno (1).

La Organización Mundial De La Salud (OMS) nos informa que la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2000 y 2005 dicha proporción pasará de 11% a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 605 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6.6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (1).

De tal manera, y tomando en cuenta que los pacientes ancianos en nuestro medio son un grupo relativamente desatendido, se considera importante estudiar la depresión, como trastorno emocional, en el entendido que ésta como tal disminuya la calidad de vida del paciente anciano, afecte el mejoramiento de las comorbilidades que el paciente presente, intervenga en la respuesta al tratamiento médico prescrito, ya sea

por factores socioeconómicos y puramente emocionales. Se ha descrito, según Koenig et. al, una prevalencia de depresión mayor del 11.5% y 23% de pacientes con síntomas depresivos en pacientes hospitalizados (2).

Ante el evidente incremento de la población mayor de 65 años ha generado un especial interés y atención a este grupo poblacional debido a las características particulares y necesidades específicas, tornándose una población vulnerable a cualquier alteración de tipo familiar, emocional, social, económica. Y es una realidad que se podría adaptar a nuestra realidad, ya que las condiciones de nuestra población geriátrica en Guatemala son similares: adultos solos y sin apoyo familiar, dependientes de ingresos mínimos los cuales cubren apenas o no cubren con sus necesidades básicas de vida, enfermedades crónico degenerativas, condiciones psicosociales adversas, poco apoyo por parte de programas gubernamentales en los cuales se fomente la participación y esparcimiento del paciente geriátrico, además de apoyo ocupacional en la cual emplear su tiempo y prevenir dicho padecimiento (3).

El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia en la que se presenta la depresión en los pacientes mayores de 65 años que son ingresados a los distintos servicios del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt.

La depresión severa en pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt es del 22.0%, IC95% [15.0 a 29.0], mientras que la depresión leve estaba presente en un 41.3%, IC95% [33.1 a 49.5]. En las patologías encontradas con mayor frecuencia, la depresión severa fue más frecuente en pacientes hipertensos (26.5%) que en diabéticos (16.7%) y pacientes con EPOC (17.9%). No se observó diferencia significativa de la depresión por sexo ($p = 0.647$), ni por edad (0.376), sin embargo, se observó que esta era un tanto mayor en los hombres (26.5% frente a 19.8%).

II. ANTECEDENTES

2.1. Aspectos epidemiológicos

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3% en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5.6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos. Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico (4).

Se presentan varios estudios a nivel internacional entre los cuales cabe destacar los siguientes:

Crespo Vallejo Jonathan Raúl en Ecuador – Cañar realizó un estudio 2011 acerca de “Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar” el objetivo determinar la Prevalencia de la Depresión en Adultos Mayores, en Asilos de la Provincia del Cañar (Rosa Elvira De León, Fundación de Protección al Anciano, Casa de Reposo Padre NelloStoroni y San Bartolomé). Estudio Descriptivo la población estuvo conformada por 84 adultos mayores residentes en casas de reposo. El instrumento fue la escala de depresión de Yesavage, obteniéndose que: “El 70% de los adultos mayores obtuvo un puntaje mayor a 4, que según esta escala corresponde a depresión, el restante 30% obtuvo un puntaje igual o menor a 4 que 24 corresponde a normal. De los 33 varones a los que se aplicó la prueba el 69.70% presentan depresión, y de las 51 mujeres el 70.59% presentan depresión. El Asilo, que más casos de depresión presenta, es el Asilo Rosa Elvira de león, con 20 casos que representan el 33.90%. El rango de edad que más casos de depresión presenta, tanto para el sexo masculino como para el

femenino, es el comprendido entre los 80 – 89 años, representando el 47.83% para el sexo masculino y el 36.11% para el femenino (5).

Borda Pérez Mariela Colombia 2012 realizó un estudio de investigación “Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo el objetivo fue establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. La metodología aplicada fue Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos (6).

Informes indican que la prevalencia de la depresión clínicamente significativa sintomática entre los adultos mayores residentes en la comunidad varían desde aproximadamente 8% a 16% (7–10).

Algunos sugieren que la depresión puede ser más frecuente entre México Americanos que entre los caucásicos no hispanos y afroamericanos. En un estudio, el 25% de los pacientes adultos mayores mexicoamericanos obtuvieron 161 en la CES-D (11). En los estudios de muestras de mixtos caucásicos y africanos americanos, las tasas son similares (10). Sin embargo, los afroamericanos son generalmente vistos por los psiquiatras para tener menos síntomas depresivos y son mucho menos propensos a ser tratados con medicamentos antidepresivos (12).

Los síntomas depresivos son más frecuentes entre los adultos mayores, pero la mayor frecuencia se explica por factores asociados con el envejecimiento, tal como una mayor proporción de mujeres, más discapacidad física, deterioro cognitivo y menor nivel socioeconómico (13). Cuando estos factores son controlados, no existe una relación entre los síntomas depresivos y la edad. La incidencia de síntomas depresivos es elevada en adultos mayores, alcanzando el 13% en los mayores de 85 años o más (12).

Las estimaciones de la prevalencia de la depresión mayor entre los adultos mayores hospitalizados por servicios médicos y quirúrgicos es de 10-12%, con un 23% adicional de pacientes que experimentan síntomas depresivos (13). La depresión mayor afecta al 5-10% de los adultos mayores que visiten a un médico de cabecera. Por ejemplo, en un estudio entre los 247 sujetos en un servicio de salud de atención primaria, 9% fueron diagnosticados con depresión mayor, 6% con depresión menor, y 10% con subsindromal depresión. Cincuenta y siete por ciento de estos pacientes deprimidos experimentaron depresión activa tras 1 año de seguimiento (14).

En un gran estudio de atención a largo plazo (LTC), un 12.4% experimentaron depresión mayor y mientras que 35% experimentaron síntomas depresivos significativos (13). En otro estudio, la depresión se encontró en el 20% de los pacientes ingresados en unas las instalaciones LTC instalaciones. La incidencia de la depresión mayor a 1 año fue del 6.4% (13). En otro estudio LTC, la prevalencia de trastorno depresivo mayor entre los sujetos evaluables fue del 14.4% (15% no pudo ser probado) y la prevalencia de la depresión menor fue del 17%. Menos del 50% de los casos fueron reconocidos por personal de enfermería y trabajo social (15).

2.2. Definición

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito,

sensación de cansancio y falta de concentración. Además, la depresión en el adulto mayor puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (16).

Lamentablemente, una gran mayoría de personas afectadas por depresión no buscan ayuda porque ellas mismas desconocen que gran parte de ese sufrimiento podría ser evitado. Al respecto el Asesor Principal en Salud Mental de la OPS/OMS, Jorge Rodríguez afirmó que en América Latina y el Caribe afecta al 5% de la población adulta. “Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente”. Así como también que “el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer” (16).

2.3. Clasificación de la población adulta mayor

2.3.1. Persona adulta mayor autovalente: Es la persona de 65 a más años capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición (17).

2.3.2. Persona adulta mayor frágil: Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición (15).

2.3.3. Persona adulta mayor dependiente o postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria (17)

2.4. Cambios que sufren los adultos mayores

2.4.1. Cambios físicos y psicológicos

Algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas (18)

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos (18).

Observamos que la percepción que se tiene de sí mismo se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros (18).

2.4.2. Cambios sociales del envejecimiento

Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios. Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado, de aceptación y satisfacción personal (19).

En el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos (20)

2.5. Clasificación de la depresión

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM IV TR), y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud. Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infra diagnostique y que con frecuencia los profesionales de la salud estemos ante depresiones enmascaradas. Según su intensidad, los trastornos depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como

en el deterioro funcional. El CIE-10 la define como un desorden afectivo en el cual habla de depresión leve, moderada y grave. El episodio depresivo leve se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad. En el episodio depresivo moderado se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales y en el episodio depresivo grave se suele presentar angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa (21).

Las siguientes tablas presentan los criterios para depresión según los sistemas de clasificación diagnóstica CIE 10 y DSM IV-TR:

F32.0 Episodio depresivo leve CIE-10

A. Deben cumplirse los criterios generales del episodio depresivo

B. Presencia de, por lo menos, 2 de los 3 síntomas siguientes:

- Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas
- Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
- Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total de cuatro:

- Pérdida de la confianza o disminución de la autoestima.
- Sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada.
- Quejas o pruebas de la disminución en la capacidad de pensar o concentrarse, tales como indecisión o vacilación.
- Cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).
- Cualquier alteración del sueño.
- Cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.

Stucchi, S., médico psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental Honorio Delgado HideyoNoguchi (2010) refiere que los principales signos y síntomas son (13):

- Ánimo depresivo. El deprimido suele sentirse triste la mayor parte del día y casi todos los días. En algunos casos (depresiones melancólicas), el ánimo depresivo no mejora ni con los acontecimientos favorables de la vida, la persona permanece triste "pase lo que pase".
- Pérdida de interés en las actividades. La persona afectada deja de interesarse por lo que antes le agradaba.
- Alteraciones del apetito. Puede haber disminución o aumento del apetito, con las consiguientes variaciones en el peso.
- Alteraciones del sueño. Puede haber insomnio o hipersomnio. El insomnio suele ser del despertar (la persona se despierta considerablemente más temprano que lo habitual y ya no puede volver a dormir).
- Retardo psicomotor. La persona deprimida suele volverse lenta, camina y habla despacio, demora en responder las preguntas que se le hacen. Algunos, sin embargo, presentan aumento de la actividad motora.
- Fatiga o pérdida de energía. La persona siente que no tiene "fuerzas" para realizar sus actividades cotidianas.
- Ideas de minusvalía y de culpa. El deprimido tiende a sentirse inferior a los demás o culpable de las desgracias propias y ajenas ("no sirvo para nada", "todo es por mi culpa").
- Desesperanza. El futuro es visto como algo incierto y sin posibilidades.
- Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- Ideación suicida. Puede ir desde un vago deseo de morir hasta un plan específico que culmina en la muerte (21).

2.6. Escalas de evaluación de la depresión en el paciente geriátrico

2.6.1. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15)

La escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los adultos mayores ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos. Puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo (9).

La sensibilidad de esta herramienta fue del 92%, y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como con la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0,84$, $p < 0,001$) (22). La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentado versiones aún más abreviadas (4, 5 o 10 ítems) (23).

La escala de depresión del adulto mayor test de Yesavage de la OPS/OMS, fue validada la escala de 15 ítems. Para la estandarización se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable; 14 de los 15 ítems estadísticamente predicen

moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico, los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos (10).

La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 o de 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems, se aceptan los siguientes puntos de corte:

- Normal: 0-5 puntos.
- Depresión leve: 6-9 puntos.
- Depresión severa: 10-15 puntos (10).

2.6.2. La Escala de Hamilton- Hamilton DepressionRateScale

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias (15).

Si bien su versión original constaba de 21 ítems (24). posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems (25). Que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva; diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios (26).

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear

los siguientes puntos de corte: No deprimido: 0-7 depresión ligera/menor: 8-13 depresión moderada: 14-18 depresión severa: 19-22 depresión muy severa: >23 (26).

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% (27). La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo (26).

III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

3.1.1. Determinar la frecuencia en la que se presenta la depresión en los pacientes mayores de 65 años que son ingresados a los distintos servicios del departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt durante enero a diciembre de 2017.

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1. Caracterizar epidemiológicamente al paciente al paciente geriátrico.

3.2.2. Identificar las patologías que con mayor frecuencia se presentan asociadas al desarrollo de depresión en el paciente geriátrico.

3.2.3. Cuantificar la prevalencia de depresión en el paciente geriátrico por edad y por sexo.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal

4.2. Población

Pacientes adultos mayores que son hospitalizados en los servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt

4.3. Muestra

Determinada a través de la estimación de una proporción poblacional variable cualitativa.

Proporción esperada: 12.0% basado en estudios previos donde se reportaba una prevalencia de la depresión en adultos mayores.

Nivel de confianza: 95.0%

Universo: 1850 pacientes mayor o igual a 65 años ingresados al Departamento de Medicina Interna durante el año 2015.

$$N = \frac{Z_a^2 P (1-p)}{l^2}$$

$$Z_a = 1.96$$

$$P = 0.12$$

$$q = 0.88$$

$$l = 0.05 \text{ (error de muestreo)}$$

El tamaño mínimo de muestra calculado fue de 150 pacientes, la cual se recolectó de forma no probabilística por conveniencia, es decir, con los pacientes que cumplieran

criterios de selección y estuviesen disponibles durante el tiempo en que se realizó el estudio.

4.4. Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores o iguales a 65 años ingresados al Departamento de Medicina Interna durante el año 2017.
- Con o sin comorbilidades crónicas.

4.5. Criterios de exclusión

- Pacientes en estado confusional
- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.

4.6. Operacionalización de Variables

	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Características epidemiológicas	Edad	Edad calculada a partir de la fecha del nacimiento y la fecha actual.	Cálculo en función de la fecha de nacimiento proporcionada por el paciente	Cuantitativa Discreta	Razón	Años
	Sexo	Características biológicas que separan a los machos de las hembras	Según el nombre proporcionado por el paciente	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
	Patología	Enfermedad física o mental que padece una persona tales como cardiacas,	Patología referida por el paciente u obtenida del expediente.	Cualitativa	Nominal	Cardiaca Cerebral Renal

		cerebrales, torácica, renales, hepáticas, hepáticas, del sistema nervioso, y otros				Tracto genital Sistema Digestivo Oncológica No
Depresión	Depresión	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño	Grado de depresión de un paciente según la sumatoria y clasificación de las puntuaciones de la Escala de Yesavage (ver anexo 2): Normal: 0-5 puntos.	Cualitativa	Nominal	Leve Severa

		o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Depresión leve: 6-9 puntos. Depresión severa: 10- 15 puntos.			
--	--	---	---	--	--	--

4.7. Procedimientos para la recolección de datos

- Se solicitó al Departamento de Docencia e Investigación la revisión del protocolo de investigación quien autorizó la realización del estudio.
- Primero se identificó a los pacientes que cumplieran con los criterios de selección, hospitalizados durante el año 2017 en los servicios de Medicina Interna.
- Se entrevistó a los pacientes por medio del instrumento de recolección de datos (anexo 1).
- A los pacientes que presentaron depresión moderada o severa se refirieron al Departamento de Salud Mental a través de una consulta intrahospitalaria y seguimiento al egreso por medio de Consulta Externa.

4.8. Análisis de resultados

Los datos se tabularon en Excel y se analizaron en el software de distribución gratuita PSCP versión noviembre de 2018.

Descripción de los resultados a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas. Estimación de la prevalencia poblacional de depresión en adultos mayores hospitalizados a través de un intervalo de confianza del 95%.

4.9. Aspectos éticos

El protocolo de esta investigación fue aprobado por el comité de Docencia e Investigación del Hospital Roosevelt. Se usó consentimiento informado que se presenta en el anexo 1.

A los pacientes en los que se identificó depresión severa se realizó una consulta para evaluación a Salud Mental quien se encargó de dar seguimiento a través de consulta externa al egreso y tratamiento farmacológico según criterio del psiquiatra.

V. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de la evaluación de 150 adultos mayores hospitalizados de enero a diciembre de 2017 en los servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt con el fin de determinar la prevalencia de depresión en este grupo etario.

Tabla 1.

Prevalencia de depresión leve y severa en pacientes de 65 años o más hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt, enero a diciembre de 2017

Depresión	f	%	IC95%
Sin depresión	55	36.7%	
Depresión leve	62	41.3%	33.1 a 49.5
Depresión severa	33	22.0%	15.0 a 29.0

En la Tabla 1 se observa que la depresión severa en pacientes de 65 años o más hospitalizados en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt correspondió al 22%, y un 41.3% presentan depresión leve.

Tabla 2.
Características de pacientes

Características		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	101	67.30%
	Masculino	49	32.70%
Edad (años)	65 a 69	55	36.70%
	70 a 74	30	20.00%
	75 a 79	39	26.00%
	80 a 84	13	8.70%
	85 a 89	10	6.70%
	90 a 94	2	1.30%
	95 a 99	1	0.70%
Tabaquismo	No	122	81.90%
	Sí	27	18.10%
Alcohol	No	123	81.90%
	Sí	27	18.10%
Alergias	No	150	100.00%
	Sí	0	0.00%
Enfermedad de base	Hipertensión arterial	49	32.70%
	Diabetes mellitus tipo 2	42	28.00%
	EPOC	39	26.00%
	Evento cerebrovascular isquémico	8	5.30%
	Falla renal crónica KDIGO V	3	2.00%
	Infarto agudo al miocardio	3	2.00%
	Pancreatitis aguda	3	2.00%
	Trombosis venosa profunda	3	2.00%
	Otros ¹	17	11.40%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Falla Renal Crónica KDIGO V: Kidney Disease: Improving Global Outcomes

¹ ver anexo8.4

En esta tabla se observa que la mayoría de los pacientes eran de sexo femenino, con edades entre 65 a 79 años, que no fumaban ni bebían alcohol, con comorbilidades más frecuentes como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Tabla 3.

Prevalencia de depresión según comorbilidad

	Depresión					
	Sin depresión		Depresión leve		Depresión severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Hipertensión Arterial	21	42.9%	15	30.6%	13	26.5%
Diabetes Mellitus tipo 2	15	35.7%	20	47.6%	7	16.7%
EPOC	14	35.9%	18	46.2%	7	17.9%
Falla Renal Crónica KDIGO V	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%
Infarto Agudo al Miocardio	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%
Infección de Tejidos Blandos en MSD	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%
Adenocarcinoma gástrico	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
Cáncer de Mama	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
Cirrosis hepática	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
Dislipidemia Mixta	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%
Evento Cerebrovascular Isquémico	1	1.8%	6	85.7%	1	14.3%
LMC	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%
Absceso Hepático	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Asma Bronquial	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
FARVR	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%
HGIS	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Infección al Tracto Urinario	0	0.0%	2	100.0%	0	0.0%
Pancreatitis Aguda	3	100.0%	0	0.0%	0	0.0%
Pielonefritis Aguda	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%
Trombosis Venosa Profunda	1	33.3%	2	66.7%	0	0.0%

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Falla Renal Crónica KDIGO V: Kidney Disease: Improving Global Outcomes, MSD: Miembro Superior Derecho, LMC: Leucemia Mieloide Crónica, FARVR: Fibrilación Auricular con Respuesta Ventricular Rápida, HGIS: Hemorragia Gastrointestinal Superior.

En las comorbilidades más frecuentes se observó que la depresión severa se presentó en un 26.5% de pacientes hipertensos, en un 16.7% de los pacientes diabéticos y en 17.9% de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Tabla 4.
Depresión según sexo y edad

Características		Depresión						Valor p
		Sin depresión		Depresión leve		Depresión severa		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
Sexo	Femenino	38	37.6%	43	42.6%	20	19.8%	0.647
	Masculino	17	34.7%	19	38.8%	13	26.5%	
Edad (años)	65 a 69	19	34.5%	23	41.8%	13	23.6%	0.376
	70 a 74	12	40.0%	12	40.0%	6	20.0%	
	75 a 79	10	25.6%	20	51.3%	9	23.1%	
	80 a 84	7	53.8%	2	15.4%	4	30.8%	
	85 a 89	6	60.0%	4	40.0%	0	0.0%	
	90 a 94	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	
	95 a 99	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	

La depresión severa no parece variar según sexo, tampoco la edad.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio que tuvo como objetivo determinar la frecuencia en la que se presenta la depresión en los pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt durante enero a diciembre de 2017, para lo cual se contó con un total de 150 pacientes seleccionados de forma consecutiva.

La depresión severa en pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt es del 22.0%, IC95% [15.0 a 29.0], mientras que la depresión leve estaba presente en un 41.3%, IC95% [33.1 a 49.5]. Estos valores un están por arriba de lo indicado por OMS como prevalencia de depresión en pacientes adultos mayores hospitalizados 17-20% (28); y sumando tanto la depresión leve como severa, se presentan valores más altos de lo reportado por Borda quien refiere que al menos un tercio de pacientes adultos mayores institucionalizados presentan depresión (6).

Como menciona Villegas, la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar como respuesta a cambios físicos y de imagen percibidos por los adultos mayores: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros (18).

La mayoría de los pacientes fue de sexo femenino (67.3%), con edades entre 65 a 79 años (82.7%). Respecto a hábitos, el 18.1% eran fumadores activos, el 18.1% consumían alcohol. Las enfermedades de base más frecuentes fueron la hipertensión arterial (32.7%), la diabetes mellitus tipo 2 (28.0%) y EPOC (26.0%).

En las comorbilidades más frecuentes se observó que la depresión severa se presentó en un 26.5% de pacientes hipertensos, en un 16.7% de los pacientes diabéticos y en 17.9% de los pacientes con EPOC. Las otras comorbilidades se presentaban en no más de 3 pacientes por lo que no puede concluirse con validez respecto a los porcentajes observados pues la muestra es demasiado pequeña. Si bien algunos estudios han descartado las comorbilidades como factores de riesgo de depresión en el adulto mayor (29), en el estudio de Castro y colaboradores se encontró que a mayor número de comorbilidades, la frecuencia de depresión era mayor, aunque el riesgo era débil (30), de hecho, el estudio de Segura y otros se concluyó que el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento (31).

En el trabajo de Hernández y otros, la frecuencia de depresión severa en pacientes diabéticos fue de una frecuencia similar a la encontrada en este estudio (14%) (32). La asociación entre diabetes mellitus 2 y depresión parece ser bidireccional como indica Formiga y Rodríguez. Así se ha reportado que la depresión incrementa entre 1.6 a 2.5 veces el riesgo de diabetes y la diabetes incrementa en 1.2 veces el riesgo de depresión (33), sin embargo, en este estudio, como se indicó, la depresión severa fue mayor en pacientes con hipertensión arterial.

No se observó diferencia significativa de la depresión por sexo ($p = 0.647$), ni por edad (0.376), sin embargo, se observó que esta era un tanto mayor en los hombres (26.5% frente a 19.8%). En el estudio de Castro, sin embargo, se observó que las mujeres tenían mayor riesgo de depresión (30) al igual que en el estudio de Márquez y otros (29).

6.1. Conclusiones

- 6.1.1.** La depresión severa en pacientes de 65 años o más que son ingresados a los distintos servicios de encamamiento del Departamento de Medicina Interna del Hospital Roosevelt es del 22.0%, IC95% [15.0 a 29.0], mientras que la depresión leve estaba presente en un 41.3%, IC95% [33.1 a 49.5].
- 6.1.2.** La mayoría de los pacientes eran de sexo femenino (67.3%), con edades entre 65 a 79 años (82.7%). Respecto a hábitos, el 18.1% eran fumadores activos, el 18.1% consumían alcohol. Las enfermedades de base más frecuentes fueron la hipertensión arterial (32.7%), la diabetes mellitus tipo 2 (28.0%) y EPOC (26.0%).
- 6.1.3.** En las patologías encontradas con mayor frecuencia, la depresión severa fue más frecuente en pacientes hipertensos (26.5%) que en diabéticos (16.7%) y pacientes con EPOC (17.9%).
- 6.1.4.** No se observó diferencia significativa de la depresión por sexo ($p = 0.647$), ni por edad (0.376), sin embargo, se observó que esta era un tanto mayor en los hombres (26.5% frente a 19.8%).

6.2. Recomendaciones

- 6.2.1.** Establecer programas de seguimiento de la depresión posterior al alta hospitalaria de los pacientes con referencia a psicólogos y/o psiquiatras.

- 6.2.2.** Realizar investigaciones donde se determinen los factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor durante la hospitalización para planificar estrategias e intervenciones preventivas.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar S, Avila J. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Méx.* 2006;143(2):141–3.
2. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med* [en línea]. 1988 Sep [citado 3 de septiembre de 2018];148(9):1929–36. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3415405>
3. Fuentes G, Flores F. Papeles de poblacion.
4. González LAM, Romero YMP, López MR, Ramírez M, Stefanelli MC. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Rev Assoc Med Bras* [en línea]. 2010 Mar [citado 3 de septiembre de 2018];44(1). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Crespo J. Prevalencia de depresión en adultos mayores de los asilos de los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011 [tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
6. Borda P. Estudios de depresion. *Rev Científica Salud Uninorte.* 2013;29:1–1.
7. Blazer D. Depressive Symptoms and Depressive Diagnoses in a Community Population. *Arch Gen Psychiatry* [en línea]. 1988 Dic [citado 3 de septiembre de 2018];45(12):1078. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1988.01800360026004>
8. Barry LC, Allore HG, Guo Z, Bruce ML, Gill TM. Higher Burden of Depression Among Older Women. *Arch Gen Psychiatry* [en línea]. 2008 Feb [citado 3 de septiembre de 2018];65(2):172. Disponible en: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2007.17>
9. The American Psychiatric Association. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* [en línea]. 1980 Abr [citado 3 de septiembre de 2018];137(4):439–44. Disponible en: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.137.4.439>
10. Cervantes Becerra RG, Villarreal Ríos E, Galicia Rodríguez L, Vargas Daza ER, Martínez González L. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. *Atención Primaria* [en línea]. 2015 Jun [citado 3 de septiembre de 2018];47(6):329–35. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714002716>

11. Yamada AM, Valle R, Barrio C, Jeste D. Selecting an Acculturation Measure for Use With Latino Older Adults. *Res Aging* [en línea]. 2006 Sep [citado 3 de septiembre de 2018];28(5):519–61. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0164027506289721>
12. Angulo J. Prevalencia de los niveles de depresion en la demencia tipo alzheimer del IECN y del Alvergue San Vicente De Paul de la ciudad de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
13. Hybels CF, Landerman LR, Blazer DG. Latent subtypes of depression in a community sample of older adults: Can depression clusters predict future depression trajectories? *J Psychiatr Res* [en línea]. 2013 Oct [citado 3 de septiembre de 2018];47(10):1288–97. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022395613001842>
14. Martinez O. Depresion en el adulto mayor. 2007;29:5.
15. Hayashi K, Sato J, Fujiwara N, Kajita M, Fukuharu M, Hu X, et al. Associations between physical strength, cerebral function and mental health in independent-living elderly Japanese women. *Environ Health Prev Med* [en línea]. 2002 Jul [citado 3 de septiembre de 2018];7(3):123–8. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1265/ehpm.2002.123>
16. Licas.Martha. Nivel de depresion del adulto mayor en un centro de atencion integral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
17. Organización Mundial de la Salud. Clasificacion de la poblacion adulto mayor. 7:1–16.
18. Villegas K, Montoya B. Condiciones de vida de los adultos mayores de 60 años o más con seguridad social en el Estado de México. 2014;20.
19. Lino VTS, Rodrigues NCP, O'Dwyer G, Andrade MK de N, Mattos IE, Portela MC. Handgrip Strength and Factors Associated in Poor Elderly Assisted at a Primary Care Unit in Rio de Janeiro, Brazil. Alway SE, editor. *PLoS One* [en línea]. 2016 Nov [citado 20 de octubre de 2019];11(11):e0166373. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0166373>
20. Alvarado J, González A, Mondoza P. Análisis de costos en dos unidades de cuidados intensivos pediátricos del Ministerio de Salud del Perú [tesis de posgrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2011.
21. Vahia V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian J Psychiatry* [en línea]. 2013 [citado 20 de octubre de 2019];55(3):220. Disponible en: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2013/55/3/220/117131>
22. Yesavage JA, Sheikh JI. 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clin Gerontol* [en

- línea]. 1986 Nov [citado 20 de octubre de 2019];5(1–2):165–73. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1300/J018v05n01_09
23. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose TL. Screening Tests for Geriatric Depression. *Clin Gerontol* [en línea]. 1982 Oct [citado 20 de octubre de 2019];1(1):37–43. Disponible en: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J018v01n01_06
 24. Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [en línea]. 1960 Feb [citado 20 de octubre de 2019];23(1):56–62. Disponible en: <http://jnnp.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jnnp.23.1.56>
 25. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980. *Chronic Illn* [en línea]. 2013 Sep [citado 20 de octubre de 2019];9(3):202–19. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1742395312467658>
 26. Bobes J, Bulbuena A, Luque A. Escala de Valoración de Hamilton. *6,7,21(50.871):1–8*.
 27. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: management of depression in primary and secondary care [en línea]. Londres; 2004 [citado 20 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/depression NICE.pdf>
 28. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2018;
 29. Márquez E, Soriano S, García A, Falcón M. Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria* [en línea]. 2005 Oct [citado 20 de octubre de 2019];36(6):345. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656705705072>
 30. Castro L, Ramírez Z, Aguilar M, Díaz A. Factores de riesgo asociados a la depresión del Adulto Mayor. *Neurol Neurocir y Psiquiatr*. 2006;39(4):132–7.
 31. Segura Cardona A, Cardona Arango D, Segura Cardona Á, Garzón Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Pública* [en línea]. 2015 Oct [citado 20 de octubre de 2019];17(2):184–94. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41295>
 32. Hernández E, Valdés V, García C, Contreras T. Diabetes mellitus y depresión psicológica en el adulto mayor. *Rev del Hosp Psiquiátrico la Habana* [en línea]. 2012 [citado 20 de octubre de 2019];9(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph123c.pdf>
 33. Formiga F, Rodríguez Mañas L. Diabetes, depresión y demencia. Tres «d» interrelacionadas en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [en línea].

2015 May [citado 20 de octubre de 2019];50(3):107–8. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15000219>

VIII. ANEXOS

8.1. Consentimiento Informado

Introducción:

De la manera más atenta le hacemos la cordial invitación para que usted participe en el estudio Caracterización de la Depresión en el Anciano Hospitalizado, este documento tiene como finalidad informarle en qué consiste el estudio y sobre su participación en el mismo si así lo deseara.

Antecedentes:

Usted comprende un grupo de edad correspondiente a la tercera edad, entiéndase mayor de 65 años, y se encuentra en este momento hospitalizado, se quiere investigar si usted padece depresión (tristeza profunda) y ver que enfermedades son más frecuentemente asociadas a dicho padecimiento.

Propósito del Estudio:

El propósito del presente estudio es investigar la frecuencia en la que los pacientes de la tercera edad o mayores de 65 años hospitalizados padecen de Depresión y que enfermedades son las más frecuentemente padecidas por estos pacientes.

Diseño del Estudio:

El estudio comprenderá un período de un año, dando seguimiento a su caso si así lo ameritare. Se comprenderá un grupo de estudio de 165 pacientes mayores de 65 años que estén hospitalizados. Los criterios de inclusión o los factores a tomar en cuenta para la participación en el estudio es que se tenga 65 años de edad o más y se encuentre hospitalizado en el momento de la entrevista. El estudio consiste en una entrevista realizada por un médico y evaluación clínica si así lo ameritare.

Lo que se le pedirá que haga en su participación:

La entrevista se le hará al estar usted hospitalizado, se le realizarán una serie de preguntas de historial médico, sociales y económicas a las cuales deberá responder con la mayor veracidad posible.

En caso de molestias:

Usted puede retirarse en cualquier momento sino desea seguir en el estudio. Se referirá a tratamiento según será necesario.

Beneficios y Compensación por participación:

No habrá ningún beneficio económico de ninguna índole, se contará sí con asesoría en el estudio por un médico especialista en pacientes de la tercera edad.

Participación Voluntaria:

La participación es totalmente voluntaria y usted está en todo el derecho de seguir o no en el estudio y de retirarse en cualquier momento del mismo.

Confidencialidad: Su nombre no se divulgará y su registro médico solamente podrá ser revisado por personal médico y del cuerpo regulador (Comité de Ética).

En caso de dudas deberá llamar al investigador:

Dr. Efrain I. Mazariegos Cottom, teléfono: 5595-6814

Consentimiento del participante:

Yo he leído el consentimiento el presente documento, me han explicado ampliamente en que consiste el estudio, han respondido claramente todas mis dudas e inquietudes sobre el mismo, por medio del presente dejo constancia que deseo participar voluntariamente, además que puedo retirarme en cualquier momento del estudio sino quisiera seguir en el mismo. En esta oportunidad estoy interesado en participar en el presente estudio por lo cual firmo el presente consentimiento con mi puño y letra informado voluntariamente, y recibo también fotocopia del mismo.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(En caso de ser analfabeta):

Nombre de Testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de quien obtuvo en el consentimiento Fecha:_____

_____ Firma:_____

8.2. GDS-15 ESCALA DE YESAVAGE

Caracterización del Paciente Anciano Hospitalizado
Estudio Descriptivo Transversal sobre la Depresión en el Paciente
Hospitalizado de la Tercera Edad en el Departamento de Medicina Interna del
Hospital Roosevelt de enero a diciembre de 2017

RM:_____

Boleta No._____

Edad:_____ Sexo: M F

Instrucciones para el entrevistador:

- A) Debe darse una explicación al paciente antes de aplicarse el cuestionario.
- B) Las repuestas que indican sintomatología potencialmente depresiva están indicadas a continuación con mayúsculas. CADA RESPUESTA DE ÉSTAS PUNTÚAN 1 PUNTO.
- C) Esta guía de puntuación no debe de ser vista por el paciente.
- D) La puntuación total > 5 indica probablemente depresión

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha abandonado muchas veces sus actividades e intereses? | SI | NO |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | NO |
| 4. ¿Se encuentra con frecuencia aburrido? | SI | NO |
| 5. ¿Está alegre y de buen humor la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 6. ¿Teme que le vaya a suceder algo malo? | SI | NO |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo'? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado, que no vale nada o desvalido? | SI | NO |
| 9. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir fuera y hacer cosas nuevas? | SI | NO |

10. ¿Siente que tiene más problemas con la memoria que la mayoría? SI NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo ahora? SI NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable en su situación actual? SI NO
13. ¿Se siente usted lleno de energía? SI NO
14. ¿Se encuentra usted sin esperanza ante su situación? SI NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted? SI NO

TOTAL*

Interpretación:

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		



Caracterización de la depresión en el anciano hospitalizado
 Estudio Descriptivo Transversal sobre la Caracterización de la Depresión en el anciano hospitalizado en el Hospital Roosevelt durante enero a diciembre de 2017.



FICHA CLÍNICA DEL PACIENTE

Ficha No.	Nombre	Registro médico
Dirección		Teléfono
		Edad (años)
Sexo Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		Tabaco Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Alcohol Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alergias Sí <input type="checkbox"/> Alérgeno (s): _____ No <input type="checkbox"/>	
Diagnósticos		

8.3 Hoja Clínica de Geriatría

8.4 Tabla Características de Pacientes

Características de pacientes

Características		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	101	67.3%
	Masculino	49	32.7%
Edad (años)	65 a 69	55	36.7%
	70 a 74	30	20.0%
	75 a 79	39	26.0%
	80 a 84	13	8.7%
	85 a 89	10	6.7%
	90 a 94	2	1.3%
	95 a 99	1	0.7%
Tabaquismo	No	122	81.9%
	Sí	27	18.1%
Alcohol	No	123	81.9%
	Sí	27	18.1%
Alergias	No	150	100.0%
	Sí	0	0.0%
Enfermedad de base	Hipertensión Arterial	49	32.7%
	Diabetes Mellitus tipo 2	42	28.0%
	EPOC	39	26.0%
	Evento Cerebrovascular Isquémico	8	5.3%
	Falla Renal Crónica KDIGO V	3	2.0%
	Infarto Agudo al Miocardio	3	2.0%
	Pancreatitis Aguda	3	2.0%
	Trombosis Venosa Profunda	3	2.0%
	Cirrosis hepática	2	1.3%
	Dislipidemia Mixta	2	1.3%
	FARVR	2	1.3%
	Infección al Tracto Urinario	2	1.3%
	Infección de Tejidos Blandos en MSD	2	1.3%
	Absceso Hepático	1	0.7%
	Adenocarcinoma gástrico	1	0.7%
	Asma Bronquial	1	0.7%
	Cáncer de Mama	1	0.7%
	HGIS	1	0.7%
	LMC	1	0.7%
	Pielonefritis Aguda	1	0.7%