

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

---

---



**ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA**  
**Sección de Estudios de Postgrado**  
**e Investigación**

**EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE  
DEPRESION Y ABATIMIENTO FUNCIONAL E INICIO DE  
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN  
Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD**

Trabajo de Investigación que presenta:  
**Lorena Adame Galván**

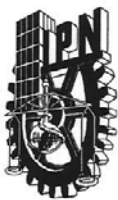
Para obtener el Diploma de Especialidad en:

**GERIATRÍA**

Directores de Tesis:

**ESP. ROSALÍA RODRÍGUEZ GARCÍA**  
**ESP. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ MARTÍNEZ**

---



# INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

## SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México D. F. siendo las 13:00 horas del día 31 del mes de enero del 2011 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de la Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de la escuela superior de medicina para examinar la tesis titulada:

EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION  
Y ABATIMIENTO FUNCIONAL E INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO  
PARA LA DEPRESIÓN Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD

Presentada por el alumno:

<b>ADAME</b>	<b>GALVÁN</b>	<b>LORENA</b>
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
		Con registro:
		A 0 9 0 8 1 4

aspirante de:

### ESPECIALIDAD EN GERIATRIA

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

### LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis

Esp. Rosalía María del Carmen Rodríguez García

Esp. Miguel Ángel Hernández Martínez

Dr. Eleazar Lara Padilla

Dra. Araceli Hernández zavala

M. en C. Píndaro Ramón Álvarez Grave

PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES

Dr. Eleazar Lara Padilla



ESCUELA SUPERIOR DE MEDICINA  
I.P.N.  
SECCION DE ESTUDIOS DE  
POSGRADO E INVESTIGACION



**INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL**  
**COORDINACION GENERAL DE POSTRADO E INVESTIGACION**

**CARTA CESION DE DERECHOS**

En la Ciudad de México el día 22 del mes febrero el año 2011, la que suscribe Adame Galván Lorena alumna del Programa de Especialidad en Geriatria con número de registro A090814, adscrita a la Escuela Superior de Medicina, manifiesta que es autora intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de Esp. Rosalía María del Carmen Rodríguez García y Esp. Miguel Ángel Hernández Martínez y cede los derechos del trabajo intitulado **EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN Y ABATIMIENTO FUNCIONAL E INICIO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA LA DEPRESIÓN Y SU IMPACTO EN LA FUNCIONALIDAD**, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección Lorena\_adame@hotmail.com Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

  
Adame Galván Lorena

## ÍNDICE

I.	Resumen.....	5
II.	Summary.....	7
III.	Introducción.....	9
IV.	Marco teórico.....	11
V.	Planteamiento del problema.....	27
VI.	Justificación.....	28
VII.	Hipótesis.....	29
VIII.	Objetivos.....	30
	- General.....	30
	- Específicos.....	30
IX.	Material y Métodos.....	32
	- Diseño del estudio.....	32
	- Universo de estudio.....	32
	- Criterios de inclusión.....	32
	- Criterios de exclusión.....	32
	- Criterios de eliminación.....	33
	- Tamaño de muestra.....	33
	- Procedimiento.....	33
	- Variables del estudio.....	34

- Operalización de las variables.....	34
- Análisis estadístico.....	35
- Aspectos éticos.....	35
- Financiamiento y factibilidad.....	36
- Formación de recursos.....	36
X. Resultados.....	37
XI. Discusión.....	48
XII. Conclusiones.....	50
XIII. Bibliografía.....	53
XIV. Anexos.....	59

## **RESUMEN**

La depresión en la población vieja es un problema de salud grave que afecta el bienestar de la persona y se ha relacionado a abatimiento funcional, aumento de la mortalidad y al uso excesivo de los recursos sanitarios. El abatimiento funcional es un factor de riesgo independiente de mortalidad, hospitalización y la necesidad de cuidados a largo plazo.

### **OBJETIVO.**

Determinar si hay mejoría en la funcionalidad en pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de depresión mayor y tratamiento farmacológico antidepressivo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se diseñó un estudio prospectivo que incluyó 20 pacientes mayores de 70 años con depresión mayor de novo, se realizó valoración geriátrica integral y se aplicaron escalas de funcionalidad al inicio y posterior a 6 semanas de tratamiento antidepressivo.

Se tomó en cuenta la mejoría subjetiva manifestada por el paciente y el cuidador al final del estudio.

## **RESULTADOS:**

Se encontró mejoría en el 25% de los pacientes utilizando las escalas de funcionalidad de Katz y Lawton-Brody, la percepción de mejoría subjetiva fue manifestada en el 75% de los casos. En los casos donde no se percibió mejoría se determinaron como componentes importantes el dolor y disnea de enfermedad de base así como una percepción de salud mala o regular al inicio del estudio. Algunos factores como red de apoyo ni dinámica familiar mostraron diferencias significativas.

## **CONCLUSIONES:**

Existe una mejoría funcional en la mayoría de los pacientes deprimidos que iniciaron tratamiento farmacológico antidepresivo.

Las escalas de funcionalidad actualmente empleadas para estudio parecen no tener sensibilidad suficiente para identificar cambios.

La enfermedad de base no controlada se relaciona a fracaso a tratamiento antidepresivo y por tanto en ausencia de mejoría en la funcionalidad.

## **PALABRAS CLAVE:**

Depresión, Depresión en población vieja, Abatimiento funcional

## **SUMMARY**

Depression in the elderly population is a serious health problem that affects the welfare of the person and has been linked to functional impairment, increased mortality and excessive use of health resources. The functional impairment is an independent risk factor for mortality, hospitalization and the need for long-term care.

## **OBJECTIVE**

Determine if there is improved functionality in patients over age 70 diagnosed with major depression and antidepressant medication.

## **MATERIAL AND METHODS**

It was designed a prospective study that included 20 patients older than 70 years with major depression de novo, we performed comprehensive geriatric assessment and functional scales were applied at baseline and after 6 weeks of antidepressant treatment. We took into account the subjective improvement manifested by the patient and the caregiver at the end of the study.

## **RESULTS:**

There was improvement in 25% of patients using the functional scales of Katz and Lawton-Brody, the perception of subjective improvement was reported in



75% of cases. Cases where no improvement was observed was related to disease with symptoms of dyspnea and pain. Factors such as network support or family dynamics showed significant differences.

**CONCLUSIONS:**

There is a functional improvement in most depressed patients who initiated antidepressant treatment. The scales currently used to study functionality don't to be sensitive enough to identify changes. The uncontrolled underlying disease is related to antidepressant treatment failure and therefore no improvement in functionality.

**KEYWORDS:**

Depression, Depression in the elderly, Disability in the elderly

## INTRODUCCIÓN

La depresión no es una consecuencia del envejecimiento <sup>(1,2)</sup>. El envejecimiento es un período que se caracteriza por muchas pérdidas (muerte de un ser querido, jubilación, status social, salud), sin embargo, estos eventos no justifican el desarrollo de un cuadro de depresión. La prevalencia de depresión en nuestro país en todos los grupos de edad oscila entre el 6 al 15%, llegando hasta un 36% en la población vieja.

El abatimiento funcional se define como la dificultad o la dependencia para la realización de las tareas para el autocuidado y la vida independiente, para su evaluación se utiliza las escalas de actividades básicas de la vida diaria (Katz) y actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton Brody). Varios estudios epidemiológicos realizados en diferentes contextos describen la relación entre la depresión y el abatimiento funcional.

Durante la última década se han llevado a cabo ensayos clínicos llevados a cabo han mostrado que los pacientes deprimidos con tratamiento farmacológico tenían menos discapacidad que los que no lo tenían, sin embargo, pocos toman en consideración a la población envejecida.

El propósito de este estudio es establecer si existe impacto en la funcionalidad en pacientes deprimidos y con abatimiento funcional que inician manejo antidepresivo farmacológico, sería lógico pensar que tratando la enfermedad que podría contribuir a esta pérdida de funcionalidad podría mejorar el cuadro.

## MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud determinó que la depresión mayor es una de las enfermedades más graves en el mundo <sup>(3)</sup>. La prevalencia de depresión mayor en la comunidad de EE.UU. en 2001-2002 fue del 16.2% <sup>(4)</sup>. Las consecuencias económicas anuales de la depresión se han estimado en 11.5 millones de Euros en el Reino Unido <sup>(5)</sup> y 83 millones de dólares en los EE.UU. <sup>(6)</sup>

Algunos estudios en nuestro país, mostraron que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. No obstante lo anterior, existen referencias de que la ocurrencia del evento a nivel mundial es de 5%. <sup>(7)</sup>

Las cifras de prevalencia en México presentan un patrón más elevado de acuerdo al grupo etáreo evaluado, por ejemplo, en niños en etapa escolar ha sido reportada hasta en 36%, lo mismo sucede en viejos, en quienes se presentan cifras similares. <sup>(8)</sup>

Por otra parte, la mayoría de los estudios trasversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%). La ocurrencia de depresión en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa, ha sido significativa. <sup>(9)</sup>

Aunque la prevalencia de depresión en la población anciana es inferior a la de grupos más jóvenes, las tasas de incidencia parecen no variar de manera significativa <sup>(10)</sup>. Sin embargo, la verdadera incidencia y prevalencia en pacientes > 85 años no ha sido bien estudiada ya que presenta mayor dificultad el establecer el diagnóstico correcto y a menudo las manifestaciones son confundidas o atribuidas erróneamente al proceso de envejecimiento. Este grupo tiene una mayor prevalencia de síntomas depresivos pero pocos estudios han incluido pacientes de estas edades <sup>(11)</sup>.

La gran mayoría de los viejos con depresión clínicamente significativa generalmente son vistos por médicos de atención primaria de los cuales en un gran porcentaje no identifica el problema. Una revisión sistemática de 36 estudios encontró que de los médicos no psiquiatras omitieron el diagnóstico de la depresión en más de la mitad de los pacientes atendidos, lo cual corrobora la dificultad en el proceso diagnóstico <sup>(12)</sup>.

Los pacientes que experimentan su primer episodio de depresión en edades avanzadas tienen un componente hereditario menor que los que tuvieron su primer episodio en edades tempranas. Esta diferencia sugiere que los factores genéticos o familiares juegan un papel menor en la depresión de inicio tardío. <sup>(13,14)</sup>

Los factores de riesgo para la depresión tardía incluyen: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio, separación, bajo nivel socioeconómico,

enfermedad médica crónica, dolor, insomnio, abatimiento funcional, deterioro cognoscitivo. <sup>(15)</sup>

La depresión es un factor de riesgo para el suicidio en los ancianos, representan 24% de los suicidios consumados en Estados Unidos <sup>(16)</sup>. La intervención y atención primaria de la depresión mayor se asocia significativamente con menores tasas de ideación suicida. <sup>(17)</sup>

Dentro de los mecanismos fisiopatológicos, la afección de los circuitos frontales subcorticales, en particular, vías del estriado-tálamo-corticales, ya sea debido a la neurodegeneración o enfermedad cerebrovascular, está implicada en algunos subtipos de depresión de inicio tardío. <sup>(18)</sup>

En cuanto al diagnóstico de depresión, según el DSM-IV<sup>(12)</sup>, se deben cumplir con cinco o más de los siguientes síntomas, los cuales deben de estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante un mínimo de dos semanas consecutivas:

- Estado de ánimo deprimido
- Pérdida de interés o placer en la mayoría o todas actividades
- Insomnio o hipersomnia
- Cambio en el apetito o el peso
- Retraso psicomotor o agitación
- Fatiga

- Disminución de la capacidad para concentrarse
- Pensamientos de inutilidad o de culpa
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

\* Por lo menos un síntoma debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer.

Uno de los principales problemas del DSM-IV es que a la hora de evaluar a un paciente viejo con síntomas depresivos la mayoría no cumplen con los criterios diagnósticos lo cual con frecuencia conlleva a pasar por alto el diagnóstico de depresión, como habíamos comentado antes.

La evaluación de los pacientes viejos para hacer el diagnóstico de depresión en la vejez es un reto, especialmente en los ancianos frágiles. Hay múltiples factores que complican el diagnóstico de la depresión en los ancianos (19).

- a) enfermedad médica concurrente con la superposición de los síntomas de depresión (fatiga, bradicinesia, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, falta de interés sexual, problemas de memoria)
- b) efectos secundarios de los medicamentos se superponen a la sintomatología de la depresión
- c) deterioro de las habilidades de comunicación
- d) múltiples quejas somáticas

- e) falta de tiempo en el examen clínico para evaluar los problemas psicológicos en pacientes con problemas médicos complejos
- f) resistencia del paciente a reconocer la angustia psicológica debido al estigma percibido de la enfermedad mental.

Pocos datos son útiles en el diagnóstico de la depresión tardía en el contexto de comorbilidad médica.

### **Instrumentos de medición**

Existen Instrumentos de detección pero nunca deben ser la base para el diagnóstico de depresión. A continuación se mencionan algunos:

a) Test de dos preguntas que tiene una sensibilidad de 97% y especificidad de 67%.

- ¿Durante el mes pasado se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?
- ¿Durante el mes pasado ha tenido poco interés o placer en hacer las cosas?"

b) La Escala de Depresión Geriátrica es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. Un puntaje de 14 o más respuestas positivas sugiere depresión Existen versiones abreviadas (como



la de 15 reactivos y la más reciente de 5 reactivos) que han mostrado su validez y confiabilidad.

Tiene una sensibilidad de 94% y especificidad de 81%. (Anexo I)

c) El PHQ-9 - Este fue desarrollado específicamente para su uso en entornos de atención primaria y ha demostrado la facilidad, la validez y fiabilidad. Cubre todos los nueve criterios DSM-IV para la depresión mayor y se puede utilizar para ayudar a establecer un diagnóstico de depresión mayor. Con una sensibilidad de 88% y especificidad de 88%.

d) Escala Cornell de Depresión en la demencia. Incluye información del observador y cuidador, es útil en la evaluación de pacientes con deterioro cognitivo de la depresión con una sensibilidad de 90% y especificidad de 75%.

e) El centro de estudios epidemiológicos para la depresión es uno de los instrumentos más comunes aplicados en los estudios de la comunidad y de uso común en entornos de atención primaria, consta de 20 preguntas y cuenta con una sensibilidad de 93% y especificidad de 73%.

La depresión debe ser considerada cuando los siguientes están presente:

(20)

- a) estado de ánimo o síntomas somáticos fuera de proporción con lo que se espera
- b) mala respuesta al tratamiento médico convencional

- c) falta de motivación para toma de medicamentos
- d) falta de compromiso para seguimiento médico
- e) estado de ánimo disfórico puede ser menos fiable como indicador de la depresión en los más ancianos (> 85 años de edad).

Los criterios de depresión en los ancianos frágiles debe hacer hincapié en los cambio de humor o de interés con una duración mínima de dos semanas y regresión social o incapacidad.

Los síntomas físicos utilizados para apoyar el diagnóstico de la depresión habitualmente están fuera de proporción con lo que se espera de la enfermedad o con la respuesta a los tratamientos habituales.

El tratamiento de la depresión tiene efectos benéficos en la salud en pacientes con condiciones médicas crónicas, tales como dolor crónico, diabetes y osteoartritis <sup>(21,22)</sup>.

La elección del tratamiento dependerá del tipo y la cronicidad del episodio depresivo, las contraindicaciones de los medicamentos, el acceso a medicamento y la preferencia del paciente. Existen dos modalidades de tratamiento, la psicoterapia y la farmacoterapia, que pueden ser utilizadas en combinación o por separado <sup>(23)</sup>.

Para depresión moderada o grave se recomienda tratamiento farmacológico, y para las formas crónicas la combinación de la farmacoterapia y la psicoterapia puede ser más eficaz <sup>(24)</sup>.

Se realizó una revisión de 26 estudios donde se compararon las diferentes clases de antidepresivos en pacientes mayores de 55 años, sin mostrar diferencias significativas en la eficacia de los diferentes fármacos, pero si hubo mayor incidencia de abandono a tratamiento por eventos adversos en el grupo de antidepresivos tricíclicos, lo que sugiere que el principal determinante en la selección del fármaco es su perfil de reacciones secundarias <sup>(25)</sup>.

Los antidepresivos muestran su eficacia hasta 4 a 6 semanas. En pacientes viejos una respuesta completa puede ocurrir hasta 16 semanas después <sup>(26)</sup>.

Sin embargo, un estudio de 472 pacientes mayores con depresión mayor, encontró que los pacientes que mejoría nula después de 4 semanas de tratamiento, era poco probable que respondieran posteriormente, y serían candidatos a cambio del fármaco <sup>(27)</sup>.

Al momento de elegir antidepresivo la monoterapia es de elección con el fin de minimizar los efectos secundarios de los medicamentos y las interacciones fármaco-fármaco.

Entre los fármacos utilizados tenemos a los inhibidores de la recaptura de serotonina, agentes duales, atípicos, tricíclicos.

### Inhibidores de la recaptura de serotonina

Entre ellos se encuentran el citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina.

Son considerados como la primera línea de tratamiento antidepresivo en viejos, asociados a un perfil de seguridad mayor, más tolerabilidad, menor índice de eventos adversos.

La resolución de sintomatología depresiva se espera en 4 a 6 semanas. Los eventos adversos potenciales son parkinsonismo, acatisia, anorexia, bradicardia sinusal, hiponatremia.

### Agentes duales

Los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (duloxetina, venlafaxina y mirtazapina) actualmente se utilizan como agentes de segunda línea por fracaso a tratamiento y se consideran seguros para su uso en personas viejas.

La mirtazapina es particularmente útil para pacientes con insomnio, anorexia o pérdida de peso, temblor esencial, parkinson. Los efectos secundarios

comunes incluyen sedación, aumento del apetito y aumento de peso, boca seca y estreñimiento.

### Los antidepresivos atípicos

A este grupo pertenecen el bupropion, nefazodona y trazodona. Existen pocos estudios en población vieja.

El bupropión esta indicado en pacientes que se quejan de somnolencia diurna o fatiga. Está contraindicado en pacientes con trastornos convulsivos, el uso concomitante de benzodiazepinas u otros depresores del SNC, abstinencia alcohol.

La trazodona se utiliza raramente, pero sigue siendo de uso general como un sedante, especialmente a bajas dosis. Los efectos antidepresivos tienden a ser observados sólo a dosis más altas, donde las preocupaciones acerca de la hipotensión ortostática y sedación diurna excesiva limitan su uso. Otros efectos adversos asociados se encuentran la hiponatremia y el priapismo.

### Antidepresivos tricíclicos

Las antidepresivos tricíclicos de aminos secundarias (nortriptilina y desipramina) tienden a ser mejor toleradas que los de aminos terciarias (amitriptilina, imipramina y doxepina).

Se pueden utilizar, con frecuencia en dosis más bajas, para el tratamiento del dolor neuropático, la incontinencia urinaria, prurito, o el insomnio.

Ya no son considerados de primera por sus significativos eventos secundarios. Algunos estudios sugieren que los antidepresivos tricíclicos pueden tener una eficacia superior en ancianos con depresión melancólica o delirante y estos agentes son la única clase que ha demostrado reducir el riesgo de recaída después de un curso de la terapia electroconvulsiva <sup>(28)</sup>.

Deben usarse con precaución en pacientes con alteraciones de la conducción cardíaca, arritmias, glaucoma de ángulo estrecho, retención urinaria o hiperplasia prostática benigna.

Algunos eventos adversos asociados son la hipotensión ortostática, estreñimiento, mayor confusión en pacientes con demencia.

### Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs)

Esta clase de antidepresivos se utiliza muy poco, y se toman en consideración cuando la depresión es resistente a todos los otros antidepresivos, los estados depresivos con ansiedad y trastorno de pánico. Aunque se menciona que son bien tolerados en viejos, hay pocos estudios en población vieja en la actualidad.

Los efectos secundarios comunes incluyen la hipotensión ortostática, y el insomnio.

Los fármacos que potencian la transmisión serotoninérgica pueden interactuar fatalmente con los IMAOs, entre ellos los inhibidores de la recaptación de serotonina, clomipramina, buspirona, dextrometorfano, fenfluramina, sibutramina. El efecto resultante se le conoce como síndrome serotoninérgico.

### Terapia electroconvulsiva (TEC)

Sigue siendo una opción de tratamiento importante y viable en los ancianos. En la práctica actual, la TEC se utiliza para los pacientes deprimidos que no han respondido a los ensayos antidepresivo adecuado, y para aquellos con tratamiento de otros trastornos psiquiátricos refractario <sup>(29)</sup>.

La comorbilidad de la enfermedad depresiva con otros síndromes psiquiátricos tales como ansiedad, somatización y abuso de sustancias puede afectar la respuesta al tratamiento en general y aumentar el riesgo de recaída y recurrencia (19). El abuso de sustancias como el alcohol, analgésicos o medicamentos hipnóticos están reconocidos, y aumenta el riesgo de caídas, accidentes y deterioro cognitivo <sup>(30)</sup>.

En cuanto al mantenimiento de la terapia farmacológica se recomienda de 6-12 meses de tratamiento posterior a lograr la remisión completa. El objetivo de estas fases del tratamiento es prevenir la recaída. Las tasas de recaída son mayores en las poblaciones viejas y puede indicar la necesidad de un período más largo de la terapia de mantenimiento <sup>(31)</sup>.

Existe un impacto directo de la depresión sobre la mortalidad, por ejemplo, se encontró un incremento de la mortalidad cuatro veces mayor en pacientes con infarto de miocardio y diagnóstico inicial de depresión <sup>(32)</sup>, los pacientes que desarrollaron depresión después de un evento vascular isquémico tuvieron 3 a 4 veces más probabilidades de haber muerto durante un período de seguimiento de 10 años (33). El diagnóstico de depresión mayor junto con historial de depresión mayor fueron predictores independientes de mortalidad con un riesgo relativo de 7.8, después de controlar la gravedad de la enfermedad <sup>(34)</sup>.

Varios estudios epidemiológicos realizados en diferentes contextos describen la relación entre la depresión y el abatimiento funcional <sup>(35,36)</sup>. El estado funcional de las personas con depresión está más comprometido en pacientes con enfermedades crónicas.

Durante la última década, los ensayos clínicos llevados a cabo han mostrado que los pacientes deprimidos con tratamiento farmacológico tenían menos discapacidad que los que no lo tenían. <sup>(37)</sup>

La Organización Mundial de la Salud define la discapacidad como una restricción relacionada con la salud o la falta de capacidad de realizar una actividad, dentro de un rango considerado normal. <sup>(37)</sup>

Así pues, podemos definir como estado funcional la capacidad de un individuo de realizar las tareas en las esferas física, mental y social. Es un



componente fundamental del bienestar personal, ya que esta última está determinada más por la capacidad funcional que por el número de enfermedades que se padecen.

Desde la perspectiva de los pacientes, la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas influye directamente tanto en su capacidad de vivir de manera independiente como en su calidad de vida. Así pues, el médico que atiende población vieja debe evaluar funcionalidad ya que esta herramienta nos ayuda a identificar problemas físicos, cognoscitivos, psicológicos y sociales.

Existe una importante diferencia entre el informe subjetivo de los síntomas, tales como el sentirse abatido y los indicadores de la discapacidad, tales como qué tan bien están las funciones sociales y en el trabajo.

La información sobre el estado funcional se obtiene a través de entrevistas o cuestionarios que permiten una medición objetiva de la funcionalidad de cada paciente en particular y facilitar su seguimiento, de esta manera permite evaluar el estado funcional global en forma sencilla y ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo en un mismo paciente.

Las actividades de la vida diaria (AVD) incluyen aquellas funciones elementales para la independencia del individuo como lo son: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse de la cama a la silla, continencia esfínteres y alimentación. Se

evalúan utilizando el índice de Katz que es una de las escalas mejor estudiadas y utilizadas para la evaluación de las AVD. (Anexo II)

Las AVD evalúan la capacidad de autocuidado del paciente. Las desventajas del índice de Katz es: no es sensible a cambios mínimos en la funcionalidad del individuo, no evalúa la movilidad ni la seguridad con la que realiza la actividad, pero sobre todo, es subjetivo (está basado en la opinión del paciente y/o del observador).

El índice de Katz es muy eficaz en pacientes con alto grado de dependencia, pero no tanto en pacientes ambulatorios. Por este motivo, la evaluación de las AVD se complementa con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que son más complejas y evalúan el poder de desempeño. Evalúan la relación del sujeto con la comunidad y su capacidad de autonomía.

La escala de Lawton-Brody mide las AIVD, se evalúa cada actividad por separado especificando si el paciente puede hacerlo solo o con mínima ayuda (1 punto) o no puede hacerlo o es totalmente dependiente (0 punto), dándonos puntuación máxima 8 de 8 actividades. Entre las actividades que se evalúan son el uso del teléfono, hace compras, preparación de alimentos, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de transporte, responsabilidad respecto a su medicación, manejo de sus asuntos económicos (Anexo III)

Cabe aclarar que en la evaluación de las AIVD deben considerarse las características del paciente, es decir, deben interrogarse teniendo en cuenta tareas que el individuo desarrollaba antes, sobre todo en lo que se refiere a labores de casa, ya que muchos hombres nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

La escala de AIVD es de utilidad para cuando existen dudas en cuanto a si el paciente puede seguir viviendo solo o si es necesario que alguien viva con él, o bien, necesidad de contratar cuidador.

Como conclusión, las AVD evalúan la capacidad de autocuidado y las AIVD las de autonomía.

La depresión es un problema de salud pública y un predictor importante de abatimiento funcional y de mortalidad.

El abatimiento funcional y la depresión suelen ser una forma de presentación de enfermedad en el paciente geriátrico, imprescindible es identificarlos y cuando es posible, iniciar manejo, ya que no sólo se asocia a disminución de calidad de vida, sino a un incremento de visitas a urgencias, consumo de fármacos, alcohol o drogas ilícitas, aumento de la duración de la estancia hospitalaria y, en general, costos más altos de la atención. <sup>(38,39)</sup>

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión y el abatimiento funcional son padecimientos frecuentes en la consulta externa geriátrica, ésta última como manifestación inespecífica de enfermedad y ambas relacionadas a índices altos de morbimortalidad.

Si ambas entidades se presentan de manera concomitante, entonces, con el manejo farmacológico para la depresión, ¿existirá mejoría en la funcionalidad?

## JUSTIFICACIÓN:

La población geriátrica va en aumento y con ello el incremento de la demanda de los servicios de salud. La presentación clínica de enfermedad de este grupo de población resulta un gran reto ya que no se presentan como habitualmente se describe en la bibliografía, en virtud de que la mayoría de las enfermedades descritas están basadas en el cuadro clínico de adultos jóvenes.

La depresión y el abatimiento funcional son ejemplos de presentación inespecífica y atípica de la enfermedad. Aunque si bien se ha demostrado que ambas se relacionan entre sí, muchas veces es difícil determinar cuál es la relación causal entre ellas.

Un principio erróneamente aceptado es que todos los viejos tienen un mal estado de salud "por ser viejos", deterioro en la funcionalidad y por ende esperable la depresión, sin embargo esto es erróneo y debemos concebir a la depresión como la enfermedad que es y determinar si es el hecho de tener depresión el que promueve el abatimiento funcional pudiendo condicionar un círculo vicioso.

Si se demuestra que el tratamiento farmacológico de la depresión mejora el estado funcional, podríamos determinar un doble beneficio con la toma del tratamiento y por ende mayor esfuerzo en identificar la depresión.

## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis nula**

No existe incremento en la funcionalidad con el tratamiento farmacológico de la depresión a 6 semanas

### **Hipótesis alterna**

Existe incremento en la funcionalidad con el tratamiento farmacológico de la depresión a 6 semanas

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar si hay mejoría en la funcionalidad en pacientes con diagnóstico de depresión mayor y tratamiento farmacológico antidepresivo inicial en pacientes de la consulta externa de geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar casos de depresión mayor de novo en pacientes mayores de 70 años en la consulta externa de geriatría en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.
- Determinar funcionalidad al inicio de tratamiento antidepresivo en pacientes con diagnóstico de depresión mayor de novo mayores de 70 años en la consulta externa de geriatría en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.
- Determinar funcionalidad a las 6 semanas de haber iniciado tratamiento antidepresivo en pacientes con diagnóstico de depresión mayor de novo en la consulta externa de geriatría pacientes mayores de 70 años en la consulta externa de geriatría en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.

- Conocer la red apoyo social en los pacientes con diagnóstico de depresión de novo en mayores de 70 años en la consulta externa de geriatría en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.
- Describir comorbilidades asociadas en pacientes con diagnóstico de depresión mayor de novo en pacientes mayores de 70 años en la consulta externa de geriatría en el Hospital Regional Adolfo López Mateos del ISSSTE.



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio:**

Es un estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal no aleatorizado

### **Universo de estudio:**

Pacientes mayores de 70 años que acudan a la consulta de geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos.

### **Criterios de Inclusión:**

- a. Pacientes derechohabientes del ISSSTE (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado).
- b. Mayores de 70 años que acudan a consulta externa del servicio de Geriatría durante el periodo comprendido Mayo a Octubre del 2010.
- c. Que cumplan los criterios de depresión mayor de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- d. Que se demuestre abatimiento funcional mediante las escalas de Katz y Lawton-Brody

### **Criterios de Exclusión:**

- a. Pacientes con diagnóstico previo de depresión
- b. Pacientes con toma de antidepresivos previamente
- c. Aquellos sin abatimiento funcional al inicio de tratamiento antidepresivo.
- d. Pacientes con demencia de cualquier tipo.
- e. Pacientes con ausencia de familiar que puedan dar seguimiento a la enfermedad.

**Criterios de Eliminación:**

- a. Suspensión de tratamiento antidepresivo durante el seguimiento
- b. Presentación de efectos adversos por uso de antidepresivos prescritos durante seguimiento
- c. Pacientes que durante el estudio fallecieron

**Tamaño de la muestra:**

20 pacientes.

**Procedimiento:**

Serán tomados para el estudio aquellos pacientes mayores de 70 años que acudan a la consulta externa de geriatría del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo comprendido del 01 de Mayo al 31 Octubre del 2010, se realizará a cada uno de ellos una valoración geriátrica integral donde se evalúan varios aspectos, entre ellos, las esferas social, psicológica, mental y funcional, que son determinantes del bienestar de la persona. (Anexo IV)

El diagnóstico de depresión se realizará de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS) (Anexo I) con una puntuación mayor de 14, y la funcionalidad será evaluada con la escala de actividades de la vida diaria (Katz) (Anexo II) y actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton Brody) (Anexo III) ya anteriormente descritas.

Se inició tratamiento antidepresivo de acuerdo a las características clínicas individuales para cada paciente y se llevó un seguimiento para evaluar si existe mejoría clínica en funcionalidad tomando en cuenta las escalas anteriormente descritas en un periodo de 6 semanas.

Además de las escalas anteriormente descritas se evaluó la percepción de mejoría subjetiva del paciente y del cuidador en cuestión a la mejoría personal funcional del paciente y percepción de menor de carga para el cuidador, mediante la siguiente pregunta: ¿Qué cosas nuevas ha hecho últimamente?

Así mismo se analizará otros factores como la autopercepción de salud previo al estudio, comorbilidades y su impacto en la funcionalidad

**Variables de estudio:**

**Variables Dependientes:** Funcionalidad

**Variables Independientes:** Edad, sexo, comorbilidades, tratamiento antidepresivo.

**Operacionalización de las variables:**

La *funcionalidad* se evaluó de acuerdo al índice de Katz utilizado para valorar la funcionalidad o dependencia en las actividades de la vida diaria. Evalúa 7 funciones básicas como son: Bañarse, vestirse, movilizarse, ir al retrete, alimentarse y la continencia de esfínteres. (Anexo 2)

La capacidad de autonomía se evaluó con la escala de Lawton-Brody, la cual califica 8 actividades, dando un punto por las cuales realiza sin necesidad de ayuda. (Anexo 3)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. Un puntaje de 14 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. (Anexo 4)

#### **Análisis estadístico:**

Se realizó análisis de las diversas variables en el software SPSS versión 15. Los resultados se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar, medianas, y rangos, porcentajes y frecuencias.

Los resultados se reportaron en media y porcentajes condición aplicable para las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se reportaron en frecuencia y porcentaje

#### **Aspectos éticos:**

Investigación con riesgo mínimo de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud. Sólo se requirió del consentimiento bajo

información de tipo verbal por parte del paciente, ya que la intervención de los investigadores respetaba el criterio de manejo de la enfermedad identificada (depresión).

**Financiamiento y Factibilidad:**

Este proyecto no requirió de recursos económicos más allá de los necesarios para la atención hospitalaria del paciente.

**Formación de recursos humanos:**

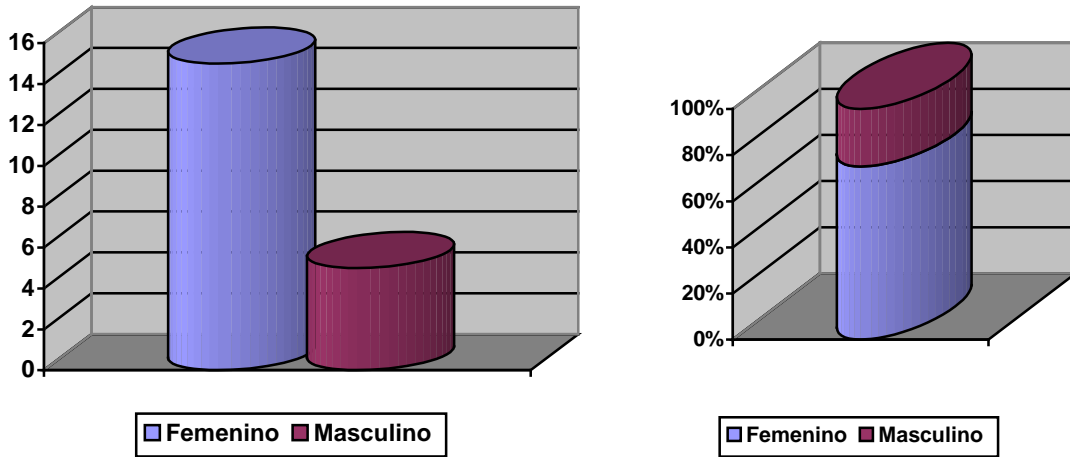
El proyecto de investigación se presenta como tesis para que el Médico Lorena Adame Galván obtenga el diploma de Especialista en Geriátrica.

## RESULTADOS

Se ingresaron 20 pacientes mayores de 70 años procedentes de la consulta externa del servicio de geriatría en el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, con una media de edad de 79 años, de los cuales 15 fueron del sexo femenino y 5 del masculino (Tabla 1, Gráfico 1)

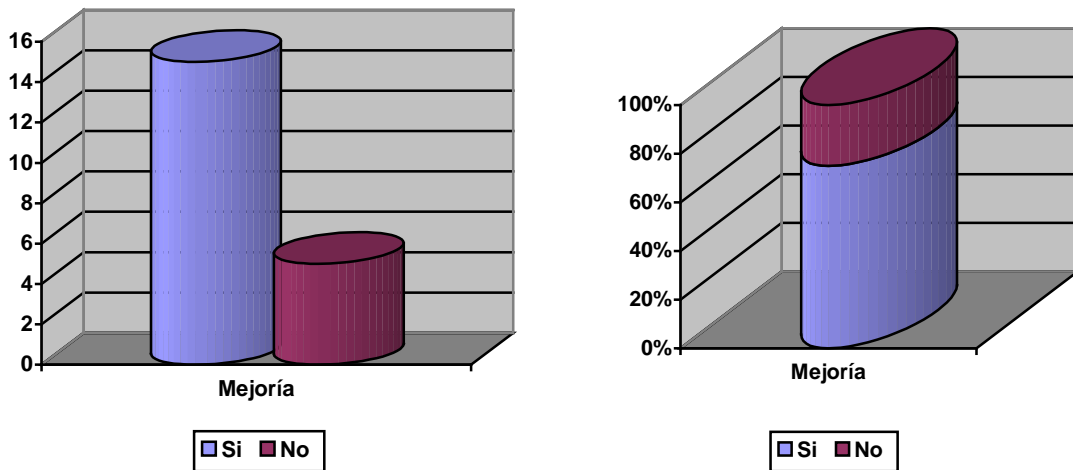
**Tabla1. Pacientes que ingresaron al estudio por sexo y edad**

Paciente	Sexo	Edad
1	Femenino	73.0
2	Femenino	80.0
3	Femenino	74.0
4	Femenino	89.0
5	Femenino	74.0
6	Masculino	79.0
7	Masculino	77.0
8	Femenino	74.0
9	Masculino	82.0
10	Femenino	75.0
11	Masculino	74.0
12	Femenino	79.0
13	Femenino	79.0
14	Femenino	74.0
15	Femenino	81.0
16	Femenino	83.0
17	Femenino	91.0
18	Masculino	92.0
19	Femenino	87.0
20	Femenino	76.0



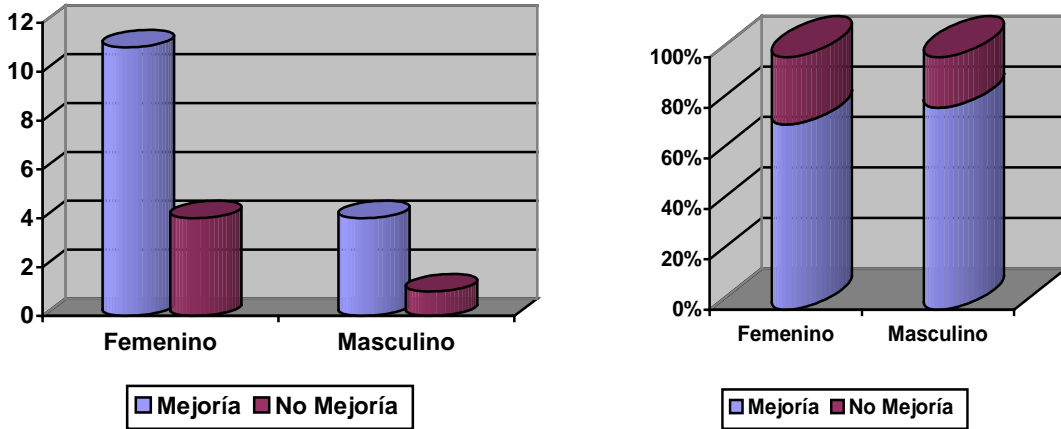
**Gráfico 1. Total de pacientes que ingresaron por sexo.**

Se tomó en cuenta la mejoría subjetiva percibida por cuidador y/o paciente, mediante la pregunta **¿Qué cosas nuevas ha hecho últimamente?**, llama atención que 15 (75%) pacientes percibieron esta mejoría. (Gráfico 2)



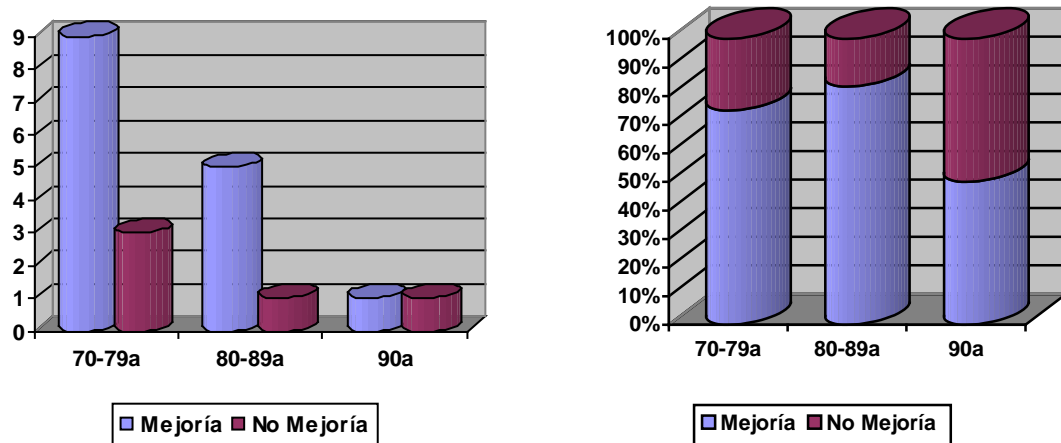
**Gráfico 2. Total de pacientes que ingresaron y porcentaje que presentaron mejoría.**

Haciendo distinción entre sexos, de las 15 mujeres ingresadas en el estudio, 11 refirieron mejoría (73%), de los 5 hombres que ingresaron, 4 refirieron mejoría (80%). (Gráfico 3)



**Gráfico 3. Pacientes que ingresaron por sexo y porcentaje que mostraron mejoría.**

De acuerdo a grupos de edad, de los 12 pacientes del grupo de 70-79 años 75% manifestaron mejoría, del grupo de 80-89 años ingresaron 6 pacientes de los cuales el 83% refirió mejoría, y en el grupo de mayores 90 años al cual sólo ingresaron 2 pacientes de los cuales el 50% refirió mejoría. (Gráfico 4)



**Gráfico 4. Pacientes por grupo de edad y porcentaje que mostraron mejoría**



Se realizaron mediciones de funcionalidad utilizando las escalas de Katz y Lawton Brody al inicio y 6 semanas de iniciado el tratamiento en donde sólo 5 pacientes (25%) manifestaron cambios en las escalas mencionadas. El paciente 12 refirió mejoría en las AVD (comió sola), los pacientes 13, 15 y 20 tuvieron mejoría en cuanto a AVD y AIVD. El paciente 15 tuvo mejoría en las AIVD aunque si bien no tenía deficiencia previa en AVD. (Tabla 2)

**Tabla 2. Mediciones de funcionalidad de acuerdo a las escalas de Katz y Lawton-Brody, al inicio y 6 semanas después de iniciado tratamiento**

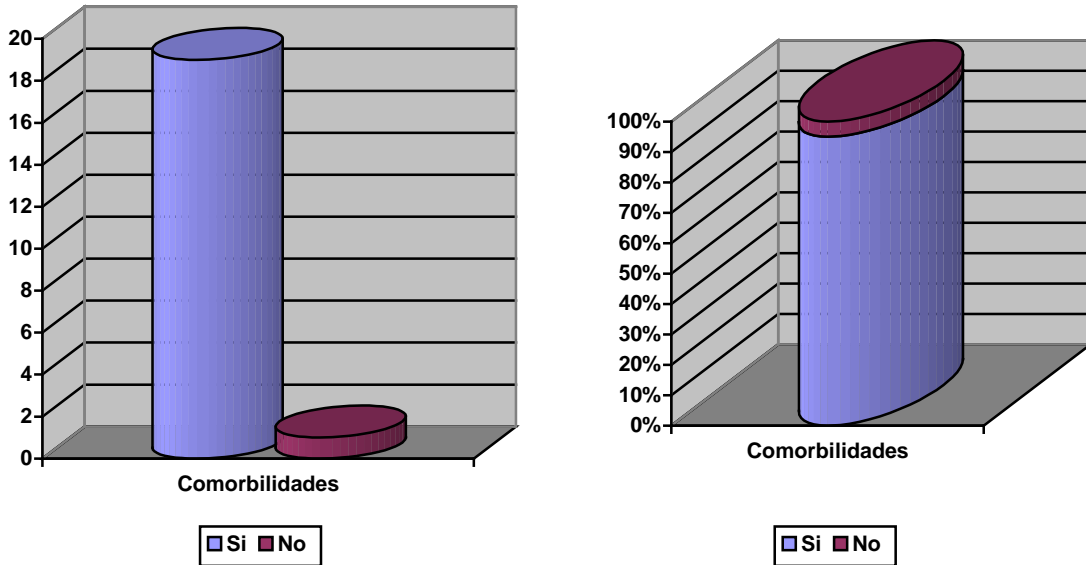
Paciente	Katz	Lawton-Brody	Katz (6 semanas)	Lawton-Brody (6 semanas)
1	B	4	B	4
2	F	0	F	0
3	C	7	C	7
4	B	5	B	5
5	B	4	B	4
6	E	3	E	3
7	E	0	E	0
8	A	6	A	6
9	E	0	E	0
10	C	3	C	3
11	E	0	E	0
12	G	0	F	0
13	F	0	C	2
14	B	2	B	2
15	F	0	E	2
16	A	6	A	8
17	C	2	C	2
18	C	4	C	4
19	C	4	C	4
20	F	0	E	2

Se determinó la presencia de enfermedad crónica de base y si esta se encontraba controlada o no y si tenía relación con mejoría o no. De los 6 pacientes que no mostraron mejoría 4 (66%) no tenían enfermedad médica controlada. (Tabla 3)

**Tabla 3. Se evaluaron comorbilidades en población estudiada, se interrogó sobre sintomatología y su impacto en funcionalidad.**

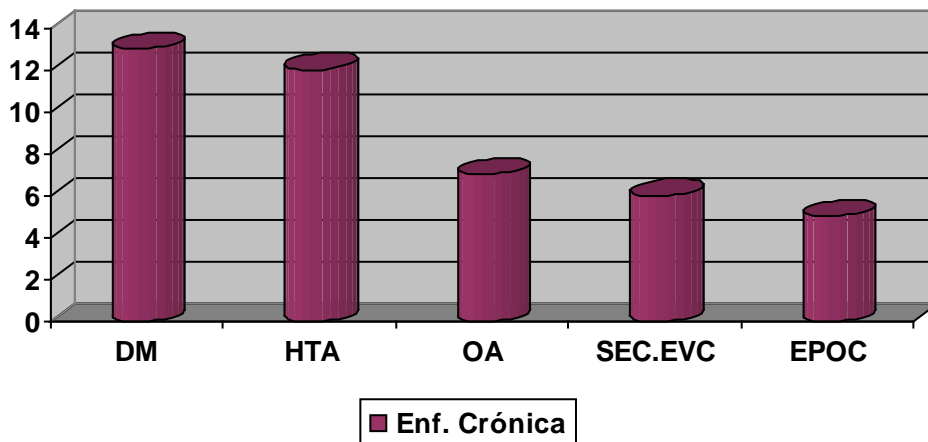
Paciente	Enf.Crónica	Controlada	Mejoría
1	Si	Si	No
2	No	Si	Si
3	Si	No	No
4	Si	Si	Si
5	Si	Si	No
6	Si	No	No
7	Si	No	Si
8	Si	Si	Si
9	Si	No	Si
10	Si	No	Si
11	Si	No	Si
12	Si	No	Si
13	Si	Si	Si
14	Si	No	Si
15	Si	Si	Si
16	Si	Si	Si
17	Si	No	No
18	Si	Si	Si
19	Si	No	No
20	Si	Si	Si

De los 20 pacientes que ingresaron, 19 (95%) de ellos tenían enfermedad crónica de base concomitante con el diagnóstico de depresión. (Gráfico 5)



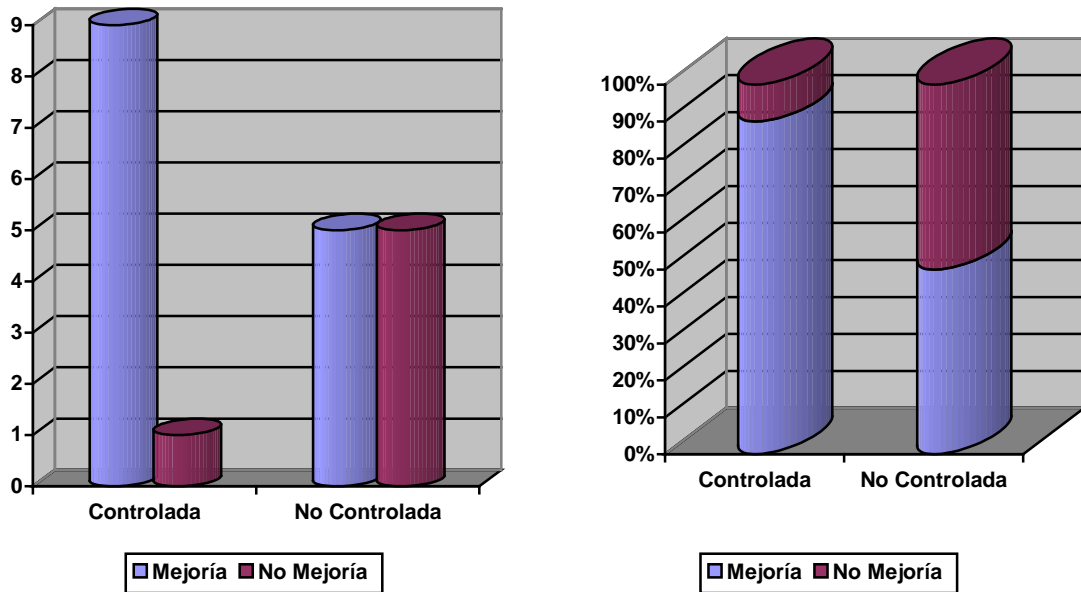
**Gráfico 5. Pacientes que presentaban comorbilidades durante estudio y porcentaje.**

Entre las comorbilidades más frecuentes destaca: diabetes mellitus tipo 2 en el 65% de los casos, hipertensión en el 60%, osteoartritis en el 35%, secuelas EVC 30%, EPOC 25%. (Gráfico 6).



**Gráfico 6. Principales comorbilidades de y porcentaje de presentación. DM (Diabetes Mellitus tipo 2), HTA (Hipertensión arterial), OA (Osteoartritis), SEC.EVC (Secuelas de EVC), EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica).**

El 50 % de los pacientes tenían enfermedad médica controlada. De los que tenían enfermedad médica controlada el 90% manifestaron mejoría en funcionalidad con tratamiento antidepresivo, mientras que de los que tenían enfermedad médica no controlada sólo el 50% manifestaron mejoría. (Gráfico 7)



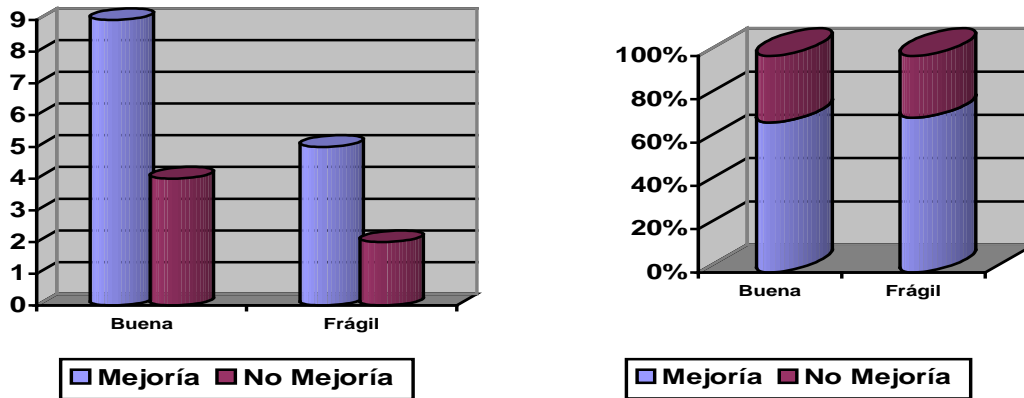
**Gráfico 7. Pacientes con enfermedad médica controlada y no controlada y porcentaje de mejoría en la funcionalidad.**

De los 20 pacientes que ingresaron al estudio, 13 pacientes (65%) refirieron una red de apoyo buena y 7 la refirieron como frágil (35%) (Tabla 4)

**Tabla 4. Red de apoyo y dinámica familiar y su impacto en la mejoría de funcionalidad.**

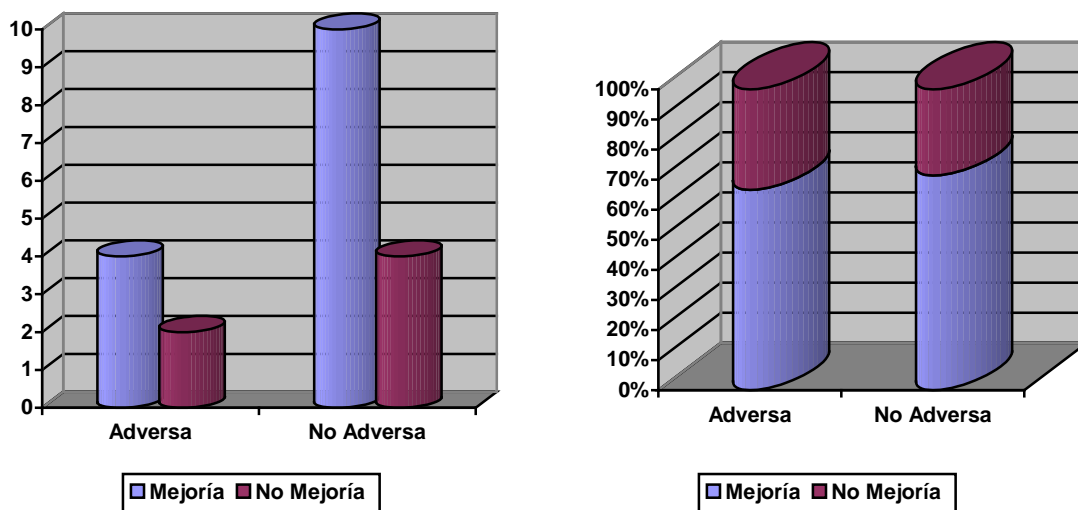
Paciente	Red de Apoyo	Dinámica Fam Adversa	Mejoría
1	Buena	No	No
2	Buena	No	Si
3	Buena	No	No
4	Buena	No	Si
5	Buena	No	No
6	Frágil	Si	No
7	Frágil	No	Si
8	Frágil	Si	Si
9	Frágil	Si	Si
10	Frágil	Si	Si
11	Frágil	Si	Si
12	Buena	No	Si
13	Frágil	Si	Si
14	Buena	No	Si
15	Buena	No	Si
16	Buena	No	Si
17	Frágil	No	No
18	Buena	No	Si
19	Buena	No	No
20	Buena	No	Si

Se hizo una comparación tomando en cuenta la red de apoyo y la percepción mejoría donde no se observaron diferencias significativas (69% vs 71%). (Gráfico 8)



**Gráfico 8. Red de Apoyo y porcentaje de impacto en la funcionalidad.**

En cuanto a la dinámica familiar, 6 pacientes ingresados la refirió como adversa (30%). (Tabla 4) De los cuales el 66% refirió mejoría de la funcionalidad. De los 14 pacientes que refirieron una dinámica familiar no adversa el 70% de los pacientes se refirió mejoría subjetiva. (Gráfico 9)



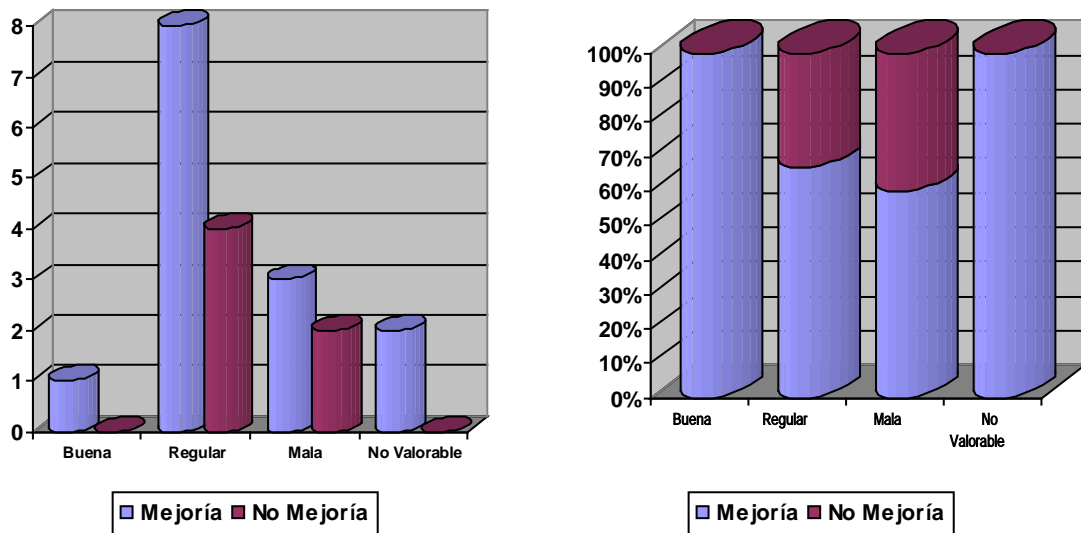
**Gráfico 9. Dinámica familiar y porcentaje de impacto en la funcionalidad.**

De la percepción personal de salud previa al inicio de tratamiento, un paciente la refirió como buena, 12 regular, 5 mala y 2 no valorable. (Tabla 5).

**Tabla 5. Percepción personal de salud de los pacientes que ingresaron al estudio.**

Paciente	Apreciación Personal de Salud	Mejoría
1	Regular	No
2	Buena	Si
3	Mala	Si
4	Regular	Si
5	Regular	No
6	Mala	No
7	Regular	Si
8	Mala	Si
9	No valorable	Si
10	Regular	Si
11	No valorable	Si
12	Mala	Si
13	Mala	Si
14	Regular	Si
15	Regular	Si
16	Regular	Si
17	Regular	No
18	Regular	Si
19	Regular	No
20	Regular	Si

El único paciente que refirió su apreciación personal de salud como buena presentó mejoría subjetiva funcionalidad al término del estudio, de los 2 que no fue valorable su percepción personal de salud también se mostró mejoría en la totalidad de los pacientes. De los que la refirieron regular el 66% y de los que la refirieron mala el 60% de los casos. (Gráfico 10)



**Gráfico 10. Apreciación personal de salud al ingreso del estudio y porcentaje de mejoría posterior a 6 semanas de tratamiento farmacológico.**



## DISCUSIÓN

La prevalencia de depresión en México oscila entre el 6-15% para la población general. Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. <sup>(40)</sup>. En pacientes ancianos se reportó una prevalencia de hasta de 36% <sup>(41,42)</sup>. La verdadera prevalencia de la enfermedad depresiva en pacientes mayores de 85 años está subestimada ya que hay pocos estudios epidemiológicos que incluyan este grupo de edad, así mismo, la mayoría de los pacientes acude de primera intención con médicos de primer nivel, donde en la mayoría de los casos no se identifica problema <sup>(12)</sup>. La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa <sup>(43)</sup>. En este estudio se hubo una relación 3:1 de pacientes sexo femenino con respecto a sexo masculino, esto se puede atribuir principalmente a varios factores: el género femenino acude con más frecuencia a consulta externa desde edad reproductiva a etapas más tardías de la vida, mayor susceptibilidad a la depresión, mayor longevidad de sexo femenino, entre otras <sup>(15,44)</sup>. Haciendo distinción entre sexos y mejoría subjetiva referida, de las 15 mujeres ingresadas en el estudio, 11 refirieron mejoría (73%), de los 5 hombres que ingresaron, 4 refirieron mejoría (80%) (Gráfico 3), que aunque es una diferencia mínima, apoya lo referido a otros estudios los cuales hablan de una mayor persistencia de sintomatología

depresiva en el sexo femenino <sup>(44)</sup>, y por ende una menor resolución del abatimiento funcional secundario a depresión.

Se valoró la mejoría subjetiva referida por el paciente y el cuidador mediante la pregunta: ¿Qué cosas nuevas ha hecho últimamente?, llama atención que 15 (75%) pacientes y sus cuidadores percibieron esta mejoría, referida por el paciente como “siento más ánimo para hacer cosas” y el cuidador: “se incorpora más para ser alimentado”, “está más despierto”, “me ayuda más para movilizarlo”, “quiere hacer más cosas”, “ya quiere salir al patio” lo que se tradujo de manera impresionante en menor carga para el cuidador. Para una mejor cuantificación de los cambios en funcionalidad con el tratamiento antidepresivo se utilizaron algunas de las principales escalas utilizadas en geriatría para medir funcionalidad (Tabla 2) las cuales mostraron cambios significativos (25% de los pacientes), sin embargo, también es evidente la poca sensibilidad de estas escalas que ya se había identificado en estudios similares <sup>(45)</sup>.

De acuerdo a grupos de edad se observó mejoría en el 83% de los pacientes en el grupo de edad de 80-89 años, ligeramente mayor que la del grupo de 70-79 años que presentó mejoría en el 75%. En el grupo de pacientes mayores de 90 años la mejoría de fue mucho menor (50% de los pacientes) aunque cabe mencionar que sólo dos pacientes fueron incluidos en este grupo,

por lo que la muestra es demasiado pequeña, lamentablemente no hay estudios para comparar la respuesta a tratamiento en pacientes mayores de 90 años.

En cuanto a la comorbilidad en los pacientes deprimidos destacó como enfermedad más frecuente la diabetes mellitus tipo 2 en un 65% de los casos, lo que concuerda con algunos estudios donde se demuestra la coexistencia frecuente de estas dos entidades, lo que representa un ciclo vicioso manifestado por la falta adherencia tratamiento, incremento de los costos y demanda de los servicios de salud, abatimiento funcional y disminución del bienestar personal <sup>(46)</sup>. Entre las enfermedades causales que no mejoraron y fueron condicionantes de la no percepción de mejoría por el paciente fueron el dolor crónico (osteoartritis), disnea por enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En cuanto a la red de apoyo se ha determinado que las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar se deprimen más <sup>(47)</sup>, sin embargo, tomando en cuenta la respuesta a tratamiento en nuestra población encontramos que no hubo diferencia significativa en lo que respecta a impacto en mejoría funcional en pacientes con redes de apoyo frágil (69%) contra quienes tenían red de apoyo buena (71%). Así mismo, tampoco se observaron diferencias en pacientes con dinámica familiar adversa. Este estudio no mostró participación de estos importantes aspectos sociales en el impacto funcional que tuvieron los pacientes con el tratamiento farmacológico antidepresivo.

Un punto importante por mencionar es la apreciación personal de salud manifestada por el paciente previo al inicio del estudio, llamó la atención que entre mejor sea su apreciación personal de salud, mayor impacto positivo tendrá en la funcionalidad con el tratamiento antidepresivo

## CONCLUSIONES

En este estudio se demostró que pacientes con diagnóstico de depresión bajo tratamiento farmacológico tienen mejoría en su funcionalidad. Esta mejoría subjetiva fue expresada por el paciente y/o por el cuidador.

Tomando en cuenta escalas de funcionalidad esta mejoría no fue tan evidente lo que confirma su pobre sensibilidad a pequeños cambios, si bien para algunos clínicos estos pequeños cambios no son significativos, si inciden en un impacto positivo para el cuidador.

La presencia de comorbilidad médica significativa, no controlada, principalmente dolor, disnea, por citar los más frecuentes referidos en el estudio, afectan negativamente el pronóstico de la depresión

La red de apoyo y dinámica familiar no establecieron diferencias significativas en el pronóstico funcional de los pacientes.

La percepción personal de salud buena, regular y no valorable previo al inicio del fármaco se relacionó a un mejor pronóstico funcional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Valenstein, M, Taylor, KK, Austin, K, et al. Benzodiazepine use among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry* 2004; 161:654.
2. Unutzer, J. Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J Med* 2007; 357:2269.
3. .Lebowitz, BD, Pearson, JL, Schneider, LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA* 1997; 278:1186.
4. Hybels, CF, Blazer, DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003; 19:663.
5. Kessler, D, Lloyd, K, Lewis, G, Gray, DP. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ* 1999; 318:436.
6. Coyne, JC, Fechner-Bates, S, Schwenk, TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16:267.
7. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;22:7-17.
8. Gutiérrez-Alanises t Lara-Morales H, Contreras CM. Aplicación del Children's Depression Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la Ciudad de México. *Salud Mental* 1995;18:51-54.

9. Leyva-González FA, Mota-Velazco G, Salas-Ro-mero MF. Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. Rev Med IMSS 1995;33:51-5.
10. Luijendijk, HJ, van den, Berg JF, Dekker, MJ, et al. Incidence and recurrence of late-life depression. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:1394.
11. Beekman, AT, Geerlings, SW, Deeg, DJ, et al. The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:605.
12. Cepoiu, M, McCusker, J, Cole, MG, et al. Recognition of depression by non-psychiatric physicians--a systematic literature review and meta-analysis. J Gen Intern Med 2008; 23:25.
13. Kessler, RC, Berglund, P, Demler, O, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289:3095.
14. Reynolds CF, 3rd, Dew, MA, Frank, E, et al. Effects of age at onset of first lifetime episode of recurrent major depression on treatment response and illness course in elderly patients. Am J Psychiatry 1998; 155:795.
15. Cole, MG, Dendukuri, N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2003; 160:1147.
16. Hoyert, DL, Kochanek, KD, Murphy, SL. Deaths: Final data for 1997. National Vital Statistics Reports 1999: 47:1.

17. Bruce, ML, Ten Have, TR, Reynolds CF, 3rd, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized
18. Kales, HC, Maixner, DF, Mellow, AM. Cerebrovascular Disease and Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13:88.
19. Sirey, JA, Bruce, ML, Alexopoulos, GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158:479.
20. Gallo, JJ, Rabins, PV, Lyketsos, CG, et al. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:570.
21. Lin, EB, Katon, W, Von Korff, M, et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290:2428.
22. Williams, JW, Katon, W, Lin, EB, et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 2004; 140:1015.
23. Areal, PA, Cook, BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52:293.
24. Keller, MB, McCullough, JP, Klein, DN, et al. A comparison of nefazosone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342:1462.



25. Mottram, P, Wilson, K, Strobl, J. Antidepressants for depressed elderly. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD003491.
26. Williams, JW Jr, Mulrow, CD, Chiquette, E, et al. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med 2000; 132:743.
27. Mulsant, BH, Houck, PR, Gildengers, AG, et al. What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression?. J Clin Psychopharmacol 2006; 26:113.
28. Mittmann, N, Herrmann, N, Shulman, KI, et al. The effectiveness of antidepressants in elderly depressed outpatients: a prospective case series study. J Clin Psychiatry 1999; 60:690.
29. Van der Wurff, FB, Stek, ML, Hoogendijk, WG, et al. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults, a literature review. Int J Geriatr Psychiatry 2003; 18:894.
30. Blow, FC, Brockmann, LM, Barry, KL. Role of alcohol in late-life suicide. Alcohol Clin Exp Res 2004; 28:48S.
31. Mitchell, AJ, Subramaniam, H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. Am J Psychiatry 2005; 162:1588.
32. Frasure-Smith, N, Lesperance, F, Juneau, M, et al. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. Psychosom Med 1999; 61:26.
33. Rovner, BW, German, PS, Brant, LJ, et al. Depression and mortality in nursing homes. JAMA 1991; 265:993.

34. Von Ammon, Cavanaugh S, Furlanetto, LM, Creech, SD, Powell, LH. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry* 2001; 158:43.
35. VonKorff M, Ormel J, Katon W, Lin EHB. Disability and depression in medical patients: a longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:91-100.
36. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*. 1994;272:1741-1748.
37. Cronin-Stubbs, Mendes de Leon C, et.al. Can depression treatment in primary care reduce disability?. *Arch Fam Med*. 2000;9:1052-1058
38. Unutzer, J, Patrick,DL, Simon, G, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. *JAMA* 1997; 277:1618.
39. Unutzer, J, Schoenbaum, M, Katon, WJ, et al. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service medicare participants. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:506.
40. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999;22:7-17.
41. Gutiérrez-Alanises t Lara-Morales H, Contreras CM. Aplicación del Children's Depression Scale a una muestra de niños sanos de instrucción primaria en la Ciudad de México. *Salud Mental* 1995;18:51-54.
42. Leyva-González FA, Mota-Velazco G, Salas-Ro-mero MF. Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. *Rev Med IMSS* 1995;33:51-5.

43. Leyva-González FA, Mota-Velazco G, Salas-Ro-mero MF. Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. Rev Med IMSS 1995;33:51-5.
44. Mental 1999;22:7-17. Barry, LC, Allore, HG, Guo, Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. Arch Gen Psychiatry 2008; 65:172.
45. Joan C. Rogers, Holm Margo, et al. Disability in late-life major depression: Patterns of self-reported task abilities, task habits, and observed task performance. Psychiatry Research 178 (2010) 475–479
46. Unutzer, J, Schoenbaum, M, Katon, WJ, et al. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service medicare participants. J Am Geriatr Soc 2009; 57:506.
47. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, Beeckman AT, van der Mast RC, Westendorp RG. Is depression in old age fatal only when people feel lonely? Am J Psychiatry 2005;162(1):178-180.
48. Brocklehurst JC, editor, et al. *Textbook of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1992*
49. Halter J, Ouslander J., et. Al. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Mc Graw Hill, Sexta Edición, Estados Unidos de América, 2009
50. Tallis R, Fillit H, et.al. Brocklehurst's Geriatria, Marbán, Sexta Edición, Madrid, España 2007 Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud

## ANEXO I

### Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Pregunta a realizar	Respuesta
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI

21. ¿Se siente lleno de energía?	NO
22. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-14: Normal

## ANEXO II

### Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

#### **Bañarse (con esponja, ducha o bañera):**

- *Independiente:* necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.
- *Dependiente:* necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

#### **Vestirse:**

- *Independiente:* coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).
- *Dependiente:* no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

#### **Usar el retrete:**

- *Independiente:* accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).
- *Dependiente:* usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

#### **Movilidad:**

- *Independiente:* entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).
- *Dependiente:* precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

#### **Continencia:**

- *Independiente:* control completo de micción y defecación.
- *Dependiente:* incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

#### **Alimentación:**

- *Independiente:* lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).
- *Dependiente:* precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

## ANEXO III

### Escala de actividades instrumentales de la vida diaria Lawton/Brody

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono:	asignar:
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	asignar:
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	asignar:
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1 0
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	asignar:
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1 0
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
- No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	asignar:
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	asignar:
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1 0
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	asignar:
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1 0

- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0
  - No es capaz de administrarse su medicación
- Manejo de sus asuntos económicos: asignar:
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1
  - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... 1
  - Incapaz de manejar dinero 0

Puntuación total:

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.



## ANEXO IV

### SERVICIO DE GERIATRÍA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Expediente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Hospitalizado en el servicio de \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Fecha ing. \_\_\_\_\_  
Diagnósticos \_\_\_\_\_

PSICOSOCIAL Estado civil: Soltero/Casado/Viudo. Red de apoyo: Buena/Frágil.  
Dinámica Fam Adversa: Si/No. Causa \_\_\_\_\_ Instit: Si/No.  
Cuidador \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Único: Si/No Colapsado: Si/No. Aislamiento Si/No Pobreza Si/No Abuso Si/No  
Jubilación \_\_\_\_\_ ¿De quien depende económicamente? \_\_\_\_\_  
Apreciación personal de la salud Buena/Regular/Mala/No valorable

FUNCIONAL Independiente/Parcial dep/Dependiente. Actividad física Si/No ¿Cuál?  
\_\_\_\_\_ Abatimiento funcional Si/No ¿Desde  
cuando? \_\_\_\_\_  
Katz \_\_\_\_\_ LB \_\_\_\_\_ Apoyos especiales \_\_\_\_\_  
Escaras \_\_\_\_\_ Infecciones Si/No ¿Qué no puede hacer? \_\_\_\_\_

MENTAL Depresión Si/No Pérdidas \_\_\_\_\_ GDS \_\_\_\_\_  
Delirium Si/No Hipo/Hiper CAM \_\_\_\_\_ Deterioro cognitivo Si/No T evol \_\_\_\_\_  
Demencia Si/No MM \_\_\_\_\_ Alt sueño Si/No Cual \_\_\_\_\_  
Síntomas cognitivos \_\_\_\_\_ Síntomas no cognitivos \_\_\_\_\_  
Uso de sedantes Si/No T. evol \_\_\_\_\_

FÍSICO Edentulia Si/No Prótesis dentarias Si/No Prob pies Si/No Déficit auditivo/visual  
Causas \_\_\_\_\_ Incontinencia Urinaria/Fecal Estreñimiento Si/No Mareo Si/No Trast.  
Marcha/equilibrio \_\_\_\_\_ Caídas Si/No Fx Cadera Si/No Inmovilidad Si/No  
Desnutrición Si/No Pérdida de peso Si/No Sarcopenia Si/No Fragilidad Si/No Dolor Si/No  
\_\_\_\_\_ Rehospitalización Si/No

Enfermedades crónicas \_\_\_\_\_

Polifarmacia Si/No \_\_\_\_\_

Queja principal \_\_\_\_\_

Potencial rehabilitatorio Si/No Riesgos \_\_\_\_\_

Voluntad anticipada \_\_\_\_\_

Intervención Geriátrica \_\_\_\_\_

Intervención Gerontológica \_\_\_\_\_

Recomendaciones \_\_\_\_\_

Alertas \_\_\_\_\_