

# Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México

Sergio Sánchez-García,<sup>1</sup> Teresa Juárez-Cedillo,<sup>1</sup> Katia Gallegos-Carrillo,<sup>2</sup> Joseph J Gallo,<sup>3</sup> Fernando A Wagner,<sup>4</sup> Carmen García-Peña,<sup>1</sup>

Artículo original

## SUMMARY

### Introduction

Depression in the elderly is of interest because of its relationship with increased demand for health services, as well as the low frequency of diagnosis.

### Objective

To determine the frequency of depressive symptoms (DS) among elderly beneficiaries in Mexico City by the revised scale of depression of the Center for Epidemiologic Studies of the United States (CES-DR) and the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS).

### Materials and methods

In the first phase of the study we evaluated the presence of significant DS with the 30-item GDS. Those with scores of 11 or more were considered positive and were included in the second phase. In this phase were added a random sample with negative scores. All participants completed the second phase of the revised CES-DR. The 80 percentile was used in this study with a cut-off of 57 points.

### Results

A total of 7 449 elderly were included in the first phase. The prevalence of reported significant DS with the GDS was 21.7% (n = 1.616) (IC-95%, 20.4-23.0). The sample for the second phase included 2 923 elderly. The mean age was 70.8 years, 61.7% were women. Twelve percent (95% CI, 9.2-15.3) showed significant DS of major depression, 7.5% (95% CI, 6.3-8.9) was rated as probable, 17.2% (95% CI, 13.0-22.3) possible, 2.6% (95% CI, 2.2-3.1) sub-threshold depression episode and 60.7% (95% CI, 56.2-65.1) with no significant DS episodes of major depression. Significant frequency of major depression SD is presented using the GDS and CESDR was 6.5% (95% CI, 3.3-12.4).

### Conclusions

The expression of the identified significant SD CES-DR is different from what is reported to the GDS. The CES-DR is more sensitive and specific to identify the presence of depressive symptoms.

**Key words:** CES-D revised version, depression, GDS, older adults.

## RESUMEN

### Introducción

La depresión en el anciano resulta de interés por su relación con el incremento de la demanda de servicios de salud, así como por su baja frecuencia de diagnóstico.

### Objetivo

Determinar la frecuencia de los síntomas depresivos (SD) entre ancianos derechohabientes de la Ciudad de México, mediante la escala revisada de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-DR) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

### Materiales y métodos

En la primera fase del estudio se evaluó la presencia de SD significativos con la GDS de 30 ítems. Aquéllos con puntaje de 11 o más fueron considerados como positivos y se incluyeron en la segunda fase. En esta fase se agregó una muestra aleatoria con puntajes negativos. Todos los participantes en la segunda fase completaron la versión revisada del CES-DR. El percentil 80 se utilizó en este estudio con un punto de corte de 57 puntos.

### Resultados

Un total de 7449 adultos mayores fueron incluidos en la primera fase. La prevalencia de SD significativos reportada con el GDS fue de 21.7% (n=1,616) (IC-95%, 20.4-23.0). La muestra para la segunda fase incluyó 2923 adultos mayores. La media de edad fue de 70.8 años, el 61.7% eran mujeres. El 12.0% (IC-95%, 9.2-15.3) presentó SD significativos de depresión mayor, 7.5% (IC-95%, 6.3-8.9) fue calificado como probable, 17.2% (IC-95%, 13.0-22.3) como posible, 2.6% (IC-95%, 2.2-3.1) con episodio de depresión sub-umbral y 60.7% (IC-95%, 56.2-65.1) sin SD significativos de episodios de depresión mayor. La frecuencia de SD significativos de depresión mayor que se presentó utilizando el GDS y el CESDR fue de 6.5% (IC-95%, 3.3-12.4).

### Conclusiones

La expresión de SD significativos identificada con el CES-DR es diferente a lo que se reporta con el GDS. La CES-DR permite identi-

<sup>1</sup> Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>2</sup> Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Morelos. Instituto Mexicano del Seguro Social.

<sup>3</sup> Department of Family Practice and Community Medicine. University of Pennsylvania.

<sup>4</sup> Prevention Sciences Research Center and School of Public Health and Policy, Morgan State University.

Correspondencia: Dra. Carmen García-Peña. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. Avenida Cuauhtémoc 330, Edificio CORCE, tercer piso. Col. Doctores. Cuauhtémoc. 06725 México, D.F. Tel: +52 (55) 5519-2724. E-mail: carmen.garcia@imss.gob.mx

ficar la presencia de síntomas de depresión de manera más sensible y específica.

Palabras clave: Adultos mayores, CES-D versión revisada, depresión, GDS.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular.<sup>1</sup> De entre todas las demandas y necesidades de salud de los ancianos, las relacionadas con la salud mental y, específicamente, los trastornos afectivos adquieren un especial interés porque tienen una relación directa con el incremento de la demanda de los servicios de salud y sus costos, los servicios sociales y con el detrimento en la calidad de vida, así como también por la frecuente subestimación y baja frecuencia de diagnóstico de estos padecimientos en la población anciana.<sup>2-8</sup>

Diferentes estudios han reportado resultados variables en la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores, que van desde 4-5% a más del 30%, en función de la población que se analice y de los instrumentos de evaluación que se empleen.<sup>9-10</sup>

En México existe una carencia de datos o éstos resultan inconsistentes respecto a la prevalencia de depresión entre adultos mayores<sup>2</sup> y sólo recientemente se han desarrollado estudios con mediciones específicas para esta población. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en derechohabientes ancianos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se estimó una prevalencia que alcanzaba cifras de entre 39% y 42%, utilizando una versión abreviada de la Escala Geriátrica de Depresión.<sup>11</sup> Más recientemente, Bello et al. estimaron una prevalencia de depresión de 10% entre mujeres de 60 años y más en México.<sup>12</sup>

Estudios previos han demostrado que la depresión es subdiagnosticada en los ancianos, especialmente en el primer nivel de atención médica.<sup>13-17</sup> Diversos factores se han asociado con la falta de diagnóstico como serían las manifestaciones atípicas de la enfermedad, la confusión con síntomas de enfermedades crónicas,<sup>8</sup> el deterioro cognoscitivo,<sup>18</sup> el sexo y la pertenencia a grupos étnicos,<sup>15-16</sup> factores culturales que evitan que se perciba como una necesidad de atención médica tanto por parte de los pacientes, como de sus familiares, así como las deficiencias en el diagnóstico y tratamiento por parte de los prestadores de servicios médicos.<sup>19,20</sup> En este sentido resulta fundamental el empleo de escalas de tamizaje para identificar posibles casos e iniciar el tratamiento de manera más oportuna.<sup>21,22</sup>

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D)<sup>23,24</sup> y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)<sup>25</sup> han sido las dos escalas más utilizadas a nivel mundial para el tamizaje de los trastornos depresivos en ancianos. Su aplicación pue-

de llevarse a cabo en un tiempo relativamente corto y de manera autoadministrada, o bien por personal de salud con un mínimo de capacitación requerido. Estas dos escalas permiten identificar a los individuos con alta probabilidad de tener algún trastorno depresivo, aunque el diagnóstico final debe establecerse por personal especializado.<sup>26</sup>

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de los síntomas depresivos (SD) entre ancianos derechohabientes de la Ciudad de México, mediante la versión revisada de la CES-D (CES-D-R) y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos de este trabajo forman parte del «Estudio Integral de la Depresión en los ancianos asegurados por el IMSS en la Ciudad de México». El protocolo de investigación original fue revisado y aprobado por la Comisión Nacional de Investigación Científica, así como por la Comisión de Investigación y Ética del IMSS (No. registro 2001-785-015).

### Población de estudio

La Ciudad de México tiene una población de casi 860 000 adultos de 60 años y más de edad, de los cuales 418 000 (48,6%) están afiliados al IMSS. Estos últimos constituyen la base de población para este estudio.<sup>27</sup> El IMSS ofrece servicios de salud y seguridad social a casi la mitad de la población y cubre el 64% de los adultos mayores en México. Fue creado por ley en 1943 y es financiado por el gobierno, los empleadores y los propios empleados. Se trata de un sistema de seguridad social, por lo tanto el único requisito para ser registrado es ser empleado, independientemente de su estado de salud. Los trabajadores, sus padres y otros parientes cercanos son asignados a una Unidad de Medicina Familiar que es la proveedora de atención primaria de salud. El IMSS ofrece un amplio paquete de beneficios que incluyen servicios de salud en todos los niveles de atención y beneficios económicos, como una pensión.

### Estrategia de muestreo

El procedimiento de muestreo se realizó en tres etapas para obtener una muestra probabilística de los afiliados del IMSS, independientemente de su utilización de asistencia sanitaria. Inicialmente, ocho de las 45 Unidades de Medicina Familiar del IMSS que existen en la ciudad se seleccionaron

al azar (dos en cada una de las cuatro regiones en las que el IMSS se divide en la Ciudad de México). A continuación, dentro de cada Unidad de Medicina Familiar, se seleccionaron al azar 12 consultorios médicos. Por último, se obtuvo una lista de todos los asegurados (localmente llamada «listas de pacientes») para cada consultorio médico, con registros de 29340 residentes de la Ciudad de México. La inclusión de adultos fue independiente de la utilización de los servicios, a fin de evitar posibles sesgos de selección.<sup>28</sup>

### Recolección de la información

En la primera fase del estudio se evaluó la presencia de síntomas depresivos significativos en toda la muestra por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de 30 ítems.<sup>25</sup> La GDS fue desarrollada específicamente para entrevistar a las personas de edad avanzada, no se basó en los síntomas somáticos, y ha sido ampliamente utilizada en diferentes contextos,<sup>29-31</sup> incluidos los estudios de la comunidad.<sup>32</sup> El GDS es fácil de administrar y posee sensibilidad y especificidad adecuadas, con coeficientes de 92% y 89%, respectivamente.<sup>33-36</sup> Los participantes con puntaje de 11 o más en la GDS se consideraron como positivos a síntomas depresivos significativos y se incluyeron en la segunda fase.

Para la segunda fase del estudio se seleccionó a todos los adultos mayores con presencia de síntomas depresivos significativos y se agregó una muestra aleatoria de participantes con puntajes negativos a depresión. Todos los participantes en la segunda fase completaron la versión revisada de la CES-D: CES-D-R<sup>24</sup> que fue creada por Eaton et al.<sup>24</sup> y adaptada posteriormente con una muestra de adultos mayores mexicanos.<sup>37</sup> En la revisión del CES-D se analizó la correspondencia de ítems con el DSM-IV y se generaron nuevos reactivos para subsanar las deficiencias encontradas, tanto porque diversos criterios del DSM-IV no eran evaluados como porque la valoración de síntomas en algunos criterios sólo contenía una pregunta en la versión original. La escala de tiempo se ajustó para valorar la frecuencia de sín-

tomos depresivos en las últimas dos semanas o 15 días. La versión revisada consta de 35 reactivos que incluyen íntegramente la versión original del CES-D. Las dimensiones que conforman la versión revisada del CES-D son: estado de ánimo deprimido (disforia), incapacidad para experimentar placer (anhedonia), cambio drástico de peso (apetito), alteraciones del sueño, agitación o retardo psicomotor, fatiga, culpa excesiva o inapropiada, ideación suicida, dificultades en las relaciones interpersonales. Las primeras nueve dimensiones antes mencionadas corresponden a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Una de las características más útiles de la CES-D-R es que el algoritmo para el análisis de datos permite caracterizar las respuestas obtenidas en cinco grupos en función de la gravedad y prominencia de la sintomatología depresiva; a saber: (a) sin síntomas clínicamente significativos; (b) síntomas de depresión sub-umbral; (c) posible episodio de depresión mayor; (d) probable depresión mayor; (e) con síntomas clínicamente relevantes de episodio de depresión mayor (cuadro 1). El punto de corte que se estableció para la identificación de presencia de síntomas depresivos significativos para la CES-D-R, es el que representa al percentil 80, considerando lo reportado en la bibliografía.<sup>38,39</sup> El mismo criterio se utilizó en este estudio con un punto de corte igual a 57 puntos. El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los 35 reactivos, que tienen un rango de 0 a 140 puntos.

Cabe señalar que todas las entrevistas se realizaron en el domicilio de los adultos mayores por personal que fue capacitado explícitamente para el presente estudio.

### Análisis estadístico

Se calcularon la frecuencia y los intervalos de confianza al 95%, así como las medidas de tendencia central y de dispersión, luego de ajustarlas por el diseño del estudio. El análisis se llevó a cabo con el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS 16.0.

Cuadro 1. Categorías y criterios para el diagnóstico de depresión CES-D-R

Categoría	Criterios
Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	Presencia de síntomas en al menos cinco dimensiones, incluyendo necesariamente la presencia de anhedonia o disforia durante al menos dos semanas
Probable episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo cuatro síntomas (una dimensión menos del DMS-IV)
Posible episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo tres síntomas (dos dimensiones menos del DMS-IV)
Episodio depresión sub-umbral	Con resultado del percentil 80 o más y sin estar en alguna de las categorías anteriores
Sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	Incluye a quienes tuvieron un resultado menor del percentil 80 en la escala revisada

**Cuadro 2.** Frecuencia y distribución por sexo de síntomas depresivos en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México

Síntomas	Mujeres % (IC-95%)	Hombres % (IC-95%)	Total % (IC-95%)
Estado de ánimo deprimido (disforia)	55.3 (48.4 - 62.0)	49.0 (44.7 - 53.4)	52.9 (47.8 - 57.9)
Disminución de placer (anhedonia)	46.3 (38.4 - 54.5)	39.2 (28.0 - 51.8)	43.6 (34.6 - 53.1)
Cambio drástico de peso (apetito)	16.7 (13.0 - 21.1)	12.6 (10.2 - 15.4)	15.1 (12.4 - 18.3)
Alteraciones del sueño	17.6 (11.8 - 25.4)	13.0 (9.0 - 18.5)	15.8 (10.8 - 22.7)
Agitación / retardo psicomotor	17.3 (12.6 - 23.4)	14.3 (13.1 - 15.5)	16.2 (13.0 - 19.9)
Fatiga	19.5 (14.2 - 26.1)	18.1 (14.0 - 23.0)	18.9 (14.2 - 24.9)
Culpa excesiva o inapropiada	48.9 (42.0 - 55.8)	46.2 (31.5 - 61.6)	47.9 (38.0 - 57.9)
Pensamiento o	11.1 (9.6 - 12.8)	5.3 (2.5 - 11.1)	8.9 (7.0 - 11.2)
Ideación suicida	3.9 (3.1 - 4.9)	1.5 (0.6 - 3.4)	3.0 (2.3 - 3.9)

## RESULTADOS

### Primera fase del estudio

Formó la muestra un total de 7449 adultos mayores en la primera fase del estudio. La prevalencia de síntomas depresivos significativos medida con la GDS fue de 21.7% (n=1616) (IC-95%, 20.4-23.0), las mujeres presentaron una prevalencia de 24.7% (IC-95%, 23.2-26.3) y los hombres de 16.2% (IC-95%, 14.5-18.1).

A los participantes que resultaron con síntomas significativos de depresión (n=1616) se les aplicó la CES-D-R. El 12.0% (n=194) de los participantes no aceptó continuar con el estudio.

Se seleccionaron a 1616 de los 5833 adultos mayores que no presentaron síntomas depresivos significativos. Se excluyó al 7.1% (n=115) de los participantes en la segunda fase del estudio por las siguientes causas: no quisieron participar, no fueron localizados en su domicilio o por haber fallecido. Las visitas a los domicilios se realizaron en menos de siete días posteriores a la aplicación del primer cuestionario.

### Segunda fase del estudio

La muestra para la segunda fase del estudio se formó con 2923 adultos mayores, que de acuerdo con los factores de

expansión representan a 132842 adultos mayores derechohabientes de la Ciudad de México. La media de edad fue de 70.8 años (IC-95%, 70.4-71.2). El 61.7% de los adultos mayores eran mujeres (media de edad=70.2, IC-95%, 69.9-70.5) y 38.3% eran hombres (media de edad=71.7, IC-95%, 70.6-72.9).

Se determinó la frecuencia de las dimensiones del DSM-IV para depresión en la muestra con la CES-D-R. El 52.9% (IC-95%, 47.8-57.9) presentó disforia; 43.6% (IC-95%, 34.6-53.1), anhedonia; 15.1% (IC-95%, 12.4-18.3), cambio drástico de peso (o apetito); 15.8% (IC-95%, 10.8-22.7), alteraciones del sueño; 16.2% (IC-95%, 13.0-19.9), agitación y/o retardo psicomotor; 18.9% (IC-95%, 14.2-24.9), fatiga; 47.9% (IC-95%, 38.0-57.9), culpa excesiva o inapropiada; 8.9% (IC-95%, 7.0-11.2), pensamiento lento y 3.0% (IC-95%, 2.3-3.9), ideación suicida. En el cuadro 2 podemos observar la frecuencia y distribución por sexo de síntomas depresivos en derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México.

En el cuadro 3 se presenta la frecuencia y distribución por sexo del diagnóstico de depresión. El 12.0% (IC-95%, 9.2-15.3) de la muestra presentó síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor, 7.5% (IC-95%, 6.3-8.9) probable episodio de depresión mayor, 17.2% (IC-95%, 13.0-22.3) posible episodio de depresión mayor, 2.6% (IC-95%, 2.2-3.1) episodio de depresión sub-umbral y 60.7% (IC-95%, 56.2-65.1) sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor.

**Cuadro 3.** Frecuencia y distribución por sexo del diagnóstico de depresión en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México

Síntomas	Mujeres % (IC-95%)	Hombres % (IC-95%)	Total % (IC-95%)
Síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	13.9 (11.2 - 17.0)	8.9 (5.9 - 13.1)	12.0 (9.2 - 15.3)
Probable episodio de depresión mayor	7.9 (6.2 - 10.1)	6.9 (5.0 - 9.3)	7.5 (6.3 - 8.9)
Posible episodio de depresión mayor	18.3 (14.3 - 23.0)	15.4 (10.4 - 22.1)	17.2 (13.0 - 22.3)
Episodio depresión sub-umbral	3.1 (2.5 - 3.8)	1.9 (1.5 - 2.2)	2.6 (2.2 - 3.1)
Sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	56.8 (52.8 - 60.8)	67.0 (60.5 - 73.0)	60.7 (56.2 - 65.1)

**Cuadro 4.** Frecuencia y distribución por rangos de edad del diagnóstico de depresión en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México

	60-74 años % (IC-95%)	75-84 años % (IC-95%)	85 años y más % (IC-95%)
Síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	11.3 (9.2 - 13.9)	13.0 (8.3 - 19.8)	16.7 (12.1 - 22.7)
Probable episodio de depresión mayor	7.0 (5.6 - 8.6)	8.6 (7.0 - 10.7)	9.4 (4.3 - 19.4)
Posible episodio de depresión mayor	15.6 (10.7 - 22.2)	20.2 (16.3 - 24.8)	25.2 (17.0 - 35.6)
Episodio depresión sub-umbral	2.7 (2.0 - 3.6)	2.5 (1.8 - 3.4)	2.8 (0.6 - 12.5)
Sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	63.4 (57.3 - 69.1)	55.7 (49.2 - 62.0)	45.9 (30.3 - 62.3)

En el cuadro 4 se presenta la frecuencia y distribución por rango de edad del diagnóstico de depresión. Se puede observar que los adultos de 60 a 74 años de edad presentan síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor en el 11.3% (IC-95%, 9.2-13.9); los de 75 a 84 años de edad, en 13.0% (IC-95%, 8.3-19.8); los de 85 años y más, en 16.7% (IC-95%, 12.1-22.7).

La frecuencia y distribución por rango de edad y sexo del diagnóstico de depresión se presentan en el cuadro 4 en que se observa que en las mujeres de 60 a 74 años de edad, los síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor se presentaron en el 13.0% (IC-95%, 11.3-15.0), en las de 75 a 84 años, en el 15.3% (IC-95%, 9.4-23.9), y en las de 85 años y más, en el 22.8% (IC-95%, 13.3-36.3).

En los hombres se aprecia que entre los de 60 a 74 años de edad, los síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor se presentaron en el 8.2% (IC-95%,

5.6-11.9); en los de 75 a 84 años de edad, en el 10.0% (IC-95%, 6.5-15.1), y en los de 85 años y más, en el 10.9% (IC-95%, 3.0-32.6).

Finalmente, se pudo ver que la frecuencia de síntomas depresivos significativos que se presentó utilizando la GDS y la CES-D-R fue de 6.5% (IC-95%, 3.3-12.4), y de 73.8% (IC-95%, 71.9-75.6) sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor.

La frecuencia de síntomas depresivos significativos que se presentó utilizando la GDS y sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor con la CES-D-R fue de 5.5% (IC-95%, 3.9-7.7). Sin síntomas depresivos significativos que se presentó utilizando la GDS y con síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor con la versión revisada de la CES-D fue de 14.3% (IC-95%, 10.4-19.2).

**Cuadro 5.** Frecuencia y distribución por rangos de edad y sexo del diagnóstico de depresión en adultos mayores derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México

	Mujeres		
	60-74 años % (IC-95%)	75-84 años % (IC-95%)	85 años y más % (IC-95%)
Síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	13.0 (11.3 - 15.0)	15.3 (9.4 - 23.9)	22.8 (13.3 - 36.3)
Probable episodio de depresión mayor	7.9 (6.2 - 10.1)	8.5 (5.6 - 12.6)	4.1 (1.1 - 14.1)
Posible episodio de depresión mayor	16.8 (12.6 - 22.1)	22.1 (17.1 - 28.1)	25.5 (17.4 - 35.7)
Episodio depresión sub-umbral	3.0 (2.0 - 4.5)	3.1 (1.6 - 5.7)	5.7 (1.3 - 21.9)
Sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	59.3 (54.2 - 64.1)	51.1 (40.2 - 61.8)	41.9 (27.7 - 57.6)
	Hombres		
	60-74 años % (IC-95%)	75-84 años % (IC-95%)	85 años y más % (IC-95%)
Síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	8.2 (5.6 - 11.9)	10.0 (6.5 - 15.1)	10.9 (3.0 - 32.6)
Probable episodio de depresión mayor	5.4 (4.0 - 7.2)	8.8 (4.1 - 18.1)	14.5 (4.6 - 37.6)
Posible episodio de depresión mayor	13.6 (7.0 - 24.5)	17.8 (13.5 - 23.1)	24.9 (11.4 - 46.2)
Episodio depresión sub-umbral	2.1 (1.3 - 3.1)	1.7 (0.6 - 4.5)	—
Sin síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor	70.8 (61.3 - 78.8)	61.7 (58.8 - 64.5)	49.6 (24.5 - 74.9)

## DISCUSIÓN

La expresión de síntomas clínicamente significativos de depresión por medio de la versión revisada del CES-D (CES-D-R) en la muestra de este estudio es diferente a lo que se reporta con la GDS. Como se observa en nuestros resultados, la prevalencia de síntomas depresivos significativos fue de 20.7% (IC-95%, 20.2-21.2) con la GDS y del 12.0% con la CES-D-R (IC-95%, 9.2-15.3).

Se ha revisado la CES-D con el fin de que concuerde con sistemas nosológicos más actuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana, cuarta edición (DSM-IV), tal como lo señalan Eaton et al.<sup>24</sup> y Reyes et al.<sup>37</sup> Por otro lado, algunas de las limitaciones más importantes de la GDS son que la escala se desarrolló hace más de dos décadas y no se ha actualizado según los sistemas nosológicos más actuales, por lo que podría estar influenciando en los resultados sobreestimando la prevalencia de síntomas depresivos significativos en la población.

La importancia de realizar sistemáticamente una evaluación sobre los trastornos del estado de ánimo y, fundamentalmente, para la depresión en los ancianos, en el primer nivel de atención médica, se debe a que los trastornos depresivos tienen una elevada prevalencia con base en su alta incidencia, recurrencia aumentada, tendencia a la cronicidad y conllevan una elevada comorbilidad, tanto directa como indirecta.<sup>40</sup> Por ejemplo, un estudio sobre trastornos psicológicos en el nivel primario de atención a la salud de la Organización Mundial de la Salud,<sup>41</sup> encontró que, en promedio, aproximadamente uno de cada cuatro pacientes que solicitó servicios en unidades de atención primaria tenía un trastorno mental identificable. Los trastornos depresivos fueron los más comunes y cerca de 13% presentó síntomas de ansiedad y/o depresión, pero insuficientes en número como para calificar como caso, según los criterios clínicos preestablecidos. Sin embargo, casi uno de cada dos pacientes con trastornos de ansiedad o depresión no fue identificado como caso por parte de los médicos, en todos los centros participantes del mundo.<sup>42-43</sup>

La frecuencia de síntomas depresivos en adultos mayores que se reporta en un estudio realizado en la ciudad de Baltimore, EUA, es diferente a lo que se observó en este estudio.<sup>44</sup> En el primero se reportó que el 21% de los participantes presentaron disforia, 22%, anhedonia; 12%, cambio drástico de peso (apetito); 19%, alteraciones del sueño; 21%, agitación y/o retardo psicomotor; 33%, fatiga; 7%, culpa excesiva o inapropiada; 13%, pensamiento lento, y 37%, ideación suicida. De igual manera, se ha reportado, al este de Baltimore la frecuencia de síntomas depresivos en mujeres y en hombres,<sup>45</sup> siendo ésta menor que en el estudio antes mencionado y en el nuestro. Considerando lo anterior, con la CES-D-R podemos obtener la frecuencia de síntomas depresivos y realizar comparaciones con otras

poblaciones. De manera individual, podría servir para orientar las intervenciones de acuerdo con los síntomas depresivos que presente cada persona. Asimismo, es necesario reconocer que la influencia cultural en la expresión de los síntomas clínicamente significativos de depresión se manifiesta tanto en la presencia de signos específicos como en la intensidad de éstos en la población de estudio.<sup>39</sup>

Por muchas décadas los estudios epidemiológicos sobre depresión han documentado que las mujeres presentan una mayor frecuencia de síntomas depresivos que los hombres.<sup>46-50</sup> En nuestro estudio pudimos observar que tanto en frecuencia de síntomas como en diagnóstico, las mujeres presentaron mayor porcentaje, lo que coincide con lo reportado.

De igual manera, observamos que a mayor rango de edad mayor es la frecuencia de síntomas clínicamente significativos de episodios de depresión mayor, como lo han reportado Glaesmer et al. en un estudio de base poblacional en Alemania.<sup>46</sup> En nuestro estudio podemos ver que esto es más marcado en mujeres que en hombres.

Finalmente, podemos decir que la versión revisada del CES-D permite identificar la presencia de síntomas de depresión en adultos mayores de manera más sensible y específica en estudios poblacionales, así como la identificación de necesidades de atención, especialmente en el primer nivel de atención a la salud, de manera más efectiva y oportuna.<sup>50</sup>

## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto fue apoyado por CONACyT (México) 2002-CO1-6868, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2002-382), y los NIH FIRCA-FP-0497. Fernando Wagner fue financiado a través de subsidios DA 17796-01 del NIDA y P60-01-MD002217 de la NCMHHD.

## REFERENCIAS

1. Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000;342:1409-1415.
2. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Pública Mex* 1999;41:189-202.
3. Ganguli M, Du Y, Dodge HH, Ratcliff GG et al. Depressive symptoms and cognitive decline in late life: a prospective epidemiological study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:153-160.
4. Blazer D. Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry* 2000;157:1915-1924.
5. Rosvner B. Depression and increased risk of mortality in the nursing home patient. *Am J Med* 1993;94(supl.5A): 19-22.
6. Anderson DN. Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age Ageing* 2001;30:13-17.
7. Meyers B. Geriatric depression. *Curr Opin Psychiatry* 1994;7:337-341.
8. Apfeldorf W, Alexopoulos G. Late-life mood disorders. En: *Principles of geriatric medicine and gerontology*. USA: McGrawHill 2003; pp1443-1458.
9. Beekman A, Copeland J, Prince M. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174 (4):307-311.
10. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:165-170.

11. Reyes S. Health status, in population ageing in the Mexican Institute of Social Security. Instituto Mexicano del Seguro Social y Fundación Mexicana para la Salud en México, 1er ed.; México D. F. 2001. pp 123-141. <http://www.funhsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/popageing/popageing.htm>
12. Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalence and diagnosis of depression in Mexico. *Salud Publica Mex* 2005;47 (Supl): 1:S4-S11.
13. Unutzer J, Simon G, Belin T, Datt M et al. Care for Depression in HMO Patients Aged 65 and Older. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:871-878.
14. Wang P, Schneeweiss S, Brookhart A, Glynn R et al. Suboptimal antidepressant Use in the Elderly Patient. *J Clin Pharmacol* 2005;25:118-126.
15. Strother H, Rust G, Minor P, Fresh E et al. Disparities in antidepressant treatment in medicaid elderly diagnosed with depression. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:456-461.
16. Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup J, Akincigil A. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: Predictors, disparities, and trends. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1718-1728.
17. Fischer L, Wei F, Solberg L, Rush W. Treatment of elderly and other adult patients for depression in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1554-1562.
18. Mitchell A. Depression as a risk factor for later dementia: a robust relationship. *Age Aging* 2005;34:207-209.
19. Schwenk T. Diagnosis of late life depression: The view from primary care. *Biol Psychiatr* 2002; 52:157-163.
20. Remick R. Diagnosis and Management of Depression in Primary Care: a Clinical Update and Review. *CMAJ* 2002;167:1253-1260.
21. Tesar G. Should primary care physicians screen for depression?. *Clev Clin J Med* 2003;70:488-490.
22. Pignone M, Gaynes B, Rushton J, et al. Screening for depression in adults: A summary of the evidence for the U.S. preventive services Task force. *Ann Intern Med* 2002;136:765-776.
23. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1:385-401.
24. Eaton W, Muntaner C, Smith C. Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale Baltimore: Johns Hopkins University. Prevention Center; 1998.
25. Yesavage J, Brin T. Development and validation of a geriatric depression Scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.
26. Nease D, Malouin J. Depression screening: a practical strategy. *J Fam Pract* 2003;52:118-126.
27. Sánchez-García S, Fuente-Hernández J, Juárez-Cedillo T, Ortega Mendoza JM. Oral health service utilization by elderly beneficiaries of the Mexican Institute of Social Security in Mexico City. *BMC Health Services Research* 2007;7:211. [doi:10.1186/1472-6963-7-211](https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-211).
28. García-Peña C, Wagner FA, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *J Gen Intern Med* 2008;23:1973-1980.
29. Sharp L, Lipsky M. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002;66:1001-1008.
30. Rapp S, Parisi S, Walsh D, Wallace C. Detecting depression in elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:509-513.
31. Boulton C, Boulton L, Morishita L, Dowd B et al. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:351-359.
32. McDowell I, Newell C. Depression. En: McDowell I, Newell C (eds). *Measuring health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 1996:238-286.
33. Fernández-San Martín MI, Andrade C, Molina J et al. Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatr* 2002;17:279-287.
34. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996;8:103-112.
35. Lyness J, Noel TK, Cox C, King D et al. Screening for depression in elderly primary care patients: a comparison of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale and the Geriatric Depression Scale. *Arch Int Med* 1997;157:449-454.
36. Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86:283-286.
37. Reyes M, Soto A, Milla J, García A et al. Actualización de la escala de depresión del centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio Piloto en una Muestra Geriátrica Mexicana. *Salud Mental* 2003;26:59-68.
38. Radloff LS, Locke BZ. The community mental health assessment survey and the CES-D scale. En: Weissman MM, Myers JK, Ross CE (ed). *Community surveys of psychiatric disorders*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press; 1986;p.p.177-189.
39. Salgado-de Snyder VN, Margarita Maldonado MA. The psychometric characteristics of the Depression Scale of the Centro de Estudios Epidemiológicos in adult Mexican women from rural areas. *Salud Publica Mex* 1994;36:200-209.
40. Blazer D. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 1989;320:164-166.
41. Sartorius N, Ustun TB, Costa e Silva JA, Goldberg D et al. An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:819-824.
42. Gater R, Almeida e Sousa D, Barrientos G, Caraveo J et al. The pathways to psychiatric care: A cross-cultural study. *Psychological Medicine* 1991;21:761-774.
43. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO Study on Psychological Disorders in Primary Health Care. *Br J Psychiatry* 1996;(Supl) 30:38-43.
44. Bogner HR, Richie MB, de Vries HF, Morales KH. Depression, cognition, apolipoprotein e genotype: latent class approach to identifying subtype. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:344-352.
45. Bogner HR, Gallo JJ. Are higher rates of depression in women accounted for by differential symptom reporting? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:126-132.
46. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L et al. Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr* 2011;17:1-7.
47. Gallo JJ, Royall DR, Anthony JC. Risk factors for the onset of depression in middle age and later life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:101-108.
48. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987;101:259-282.
49. Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34:98-111.
50. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Espinel-Bermúdez C et al. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans. *Salud Publica de Mex* 2008;50:447-456.

Artículo sin conflicto de intereses