

# CARTAS AL EDITOR

La prevalencia de depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos

*Señor editor:* la depresión es un desorden psiquiátrico común en ancianos en todo el mundo.<sup>1-5</sup> Este desorden a menudo no es diagnosticado y los ancianos deprimidos frecuentemente no reciben tratamiento o son mal tratados.<sup>6,7</sup> Además, los ancianos con síntomas depresivos están en mayor riesgo de una declinación física subsiguiente.<sup>8</sup> Los ancianos de México no escapan a esta enfermedad, sin embargo, hay una escasez de reportes epidemiológicos sobre la depresión en ancianos de México.<sup>9</sup> Por lo tanto, hemos realizado un estudio descriptivo, transversal y prospectivo para determinar la prevalencia de depresión en dos poblaciones de ancianos de Durango, México. Además, buscamos determinar si alguna característica sociodemográfica de los ancianos se asociaba con la depresión.

Estudiamos 280 ancianos incluyendo 155 residentes de dos hogares de ancianos y 125 alumnos de la Escuela de la Tercera Edad. Todos los participantes fueron examinados mediante la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés) de 30 preguntas<sup>10-12</sup> y los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés).<sup>13</sup> Se obtuvieron además da-

tos sociodemográficos de cada participante.

Encontramos que la depresión en los ancianos fue común, y la prevalencia de depresión fue significativamente más alta en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad que en residentes de hogares de ancianos (56.8% vs 41.3%, respectivamente;  $p < 0.05$ ). La severidad de la depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad fue como sigue: 33.6% tenían depresión leve, 15.2% sufrieron depresión moderada, y 8.0% sufrían depresión severa. Mientras que en los residentes de hogares de ancianos se encontró una prevalencia de depresión leve de 26.5%, de depresión moderada 7.1%, y de depresión severa 7.7%.

La comorbilidad se asoció con depresión en general (RM=4.13; IC 95%=1.80-10.32), y depresión severa en particular (RM=4.34%; IC 95%=1.44-12.14). Además, se encontró que los residentes que vivieron más de cinco años pero menos de 10 en los hogares de ancianos mostraron una frecuencia significativamente más baja de depresión que aquellos quienes vivieron cinco años o menos en los hogares de ancianos (RM=0.37; IC 95%=0.16-0.84). Es posible que los ancianos hayan sufrido de depresión en los primeros años de su estancia en los hogares por decepción de haber sido separados de sus familias, incluso algunos son obligados a residir en estos hogares.

La prevalencia de depresión en residentes de hogares de ancianos de Durango, México, es comparable con aquellas

halladas en algunos países desarrollados;<sup>14-16</sup> mientras que la prevalencia encontrada en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad no pudo ser comparada con otras debido a carencia de informes. Los programas de salud deben poner atención especial a los alumnos de la Escuela de la Tercera Edad y ancianos con cinco o menos años de vivir en hogares de ancianos, así como a los que están enfermos.

Cosme Alvarado-Esquivel, MC, Dr en C,  
Ana Berthina Hernández Alvarado, Psic,  
Karina Rodríguez Corral, Psic.  
Facultad de Medicina.  
Universidad Juárez del Estado de Durango.  
Durango, Durango, México.  
alvaradocosme@yahoo.com

## Referencias

1. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, Griggs M. The prevalence of major depression or dysthymia among aged Medicare Fee-for-Service beneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:557-565.
2. Valvanne J, Juva K, Erkinjuntti T, Tilvis R. Major depression in the elderly: A population study in Helsinki. *Int Psychogeriatr* 1996;8:437-443.
3. Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D, Rucci P, Leggieri G, Ferrari G. Late-life depression in primary care: A nationwide Italian epidemiological survey. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:77-83.
4. Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, Michel JP, Herrmann F. Depression among the elderly in Switzerland. *Nervenarzt* 2002;73: 851-860.
5. Thongtang O, Sukhatunga K, Ngamthipwatthana T, Chulakadabba S, Vuthiganond S, Pooviboonsuk P. Prevalence and

- incidence of depression in the Thai elderly. *J Med Assoc Thai* 2002;85:540-544.
6. Unutzer J. Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry* 2002;52:285-292.
  7. Brown MN, Lapane KL, Luis AF. The management of depression in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:69-76.
  8. Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998;279:1720-1726.
  9. Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? *Salud Publica Mex* 1999;41:189-202.
  10. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;17:37-49.
  11. Chan AC. Clinical validation of the Geriatric Depression Scale (GDS): Chinese version. *J Aging Health* 1996;8:238-253.
  12. Fernández-San Martín MI, Andrade C, Molina J, Muñoz PE, Carretero B, Rodríguez M *et al.* Validation of the Spanish version of the geriatric depression scale (GDS) in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17:279-287.
  13. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés-Miyar M. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, SA; 1995.
  14. Snowden J, Donnelly N. A study of depression in nursing homes. *J Psychiatr Res* 1986;20:327-333.
  15. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:613-620.
  16. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Depression among institutionalized aged: Assessment and prevalence estimation. *J Gerontol* 1989;44:M22-29.

## Prevención de la isoinmunización materna al antígeno RhD

Señor editor: hemos leído con interés el artículo de los doctores Hernández y Ahued, *Sangrado transvaginal durante el embarazo, como factor de riesgo para isoinmunización al antígeno Rhesus-D*<sup>1</sup> y nos permitimos presentar las siguientes consideraciones:

Junto al legado científico y la vasta experiencia aportada a la medicina mexicana por el Dr. Luis Senties Gutiérrez<sup>2</sup>

en lo referente a la isoinmunización materna al antígeno RhD<sup>3-6</sup> esta publicación tiene el mérito de formar parte de la muy escasa literatura nacional sobre el tema de inmunoprofilaxis en mujeres Rh negativo en la edad reproductiva publicada en los últimos 20 años.

Las prácticas en otros países<sup>7</sup> con la detección de la hemorragia feto-materna (HFM), como criterio para el empleo de la gamma-globulina anti-D (g-g anti-D), han sido distintas a las nuestras. En México no se tiene experiencia alguna en la cuantificación de la HFM en cualquier etapa del embarazo, ni con la prueba de Kleihauer-Betke (PKB). Ciertamente es que se describe como una técnica muy sensible, pero es poco reproducible y muy imprecisa para cuantificar la HFM,<sup>7</sup> debido a las múltiples fuentes de error que dificultan su interpretación (características del frotis de sangre, número de eritrocitos evaluados, células fetales no teñibles, variaciones en el pH del reactivo, entre otras). Además de que no permite distinguir la hemoglobina fetal presente en los eritrocitos maternos que llegan a ser cercanos a 6%, o diferenciar la Hb fetal de los pacientes con talasemia o enfermedad de células falciformes,<sup>7</sup> condiciones que generan resultados falsos positivos. Aun las técnicas más recientes<sup>8</sup> tienen un coeficiente de variación entre 15-20%, de acuerdo con el nivel de detección. No ha sido sometido a validez el empleo de las pruebas para la cuantificación de la HFM en embarazos menores a las 20 semanas de gestación, por lo que no se considera una prueba útil en estas condiciones. Tampoco hay evidencia alguna que muestre las ventajas en la prevención de la isoinmunización al emplear la cuantificación de la HFM (independientemente de la técnica) contra el uso de los criterios clínicos comentados. Es decir, que en ausencia de la experiencia o infraestructura para realizar la cuantificación de la HFM, ésta no debe ser aún un criterio para ser incorporada dentro de las medidas de prevención de la isoinmunización.

Es una práctica efectiva y recomendada<sup>9-12</sup> la utilización posparto o pos-

borto de las dosis de g-g anti-D (300 o 150 ug). Esta cantidad de anti-D es capaz de prevenir la sensibilización de 30-15 ml, de sangre fetal presente en la circulación materna.<sup>13</sup> Aproximadamente 0.4% de las gestantes tienen HFM mayor a 4 ml. Cerca de 0.3% reciben más de 30 ml. de sangre fetal y no serán protegidas ni con 300 ni con 150 ug de g-g anti-D. Estos casos especiales, generalmente secundarios a traumatismos abdominales o transfusión eritrocitaria RhD, deberán recibir cantidades adicionales de g-g anti-D, calculadas con base en la cuantificación de la HFM mediante la PKB.<sup>7,13</sup>

Los reportes sobre los resultados de la inmunoprofilaxis señalados en el ámbito internacional<sup>9,10</sup> muestran la reducción del riesgo de isoinmunización en primíparas (RR 0.04 IC 95% 0.02-0.06) y en el siguiente embarazo (RR 0.12, IC 95% 0.07-0.23), aplicando el biológico en las primeras 72 horas del posparto y, más recientemente, en dos dosis con diferentes esquemas (semanas 28 y 34 y posparto). Sin embargo, en México se incluyen diferentes modalidades de la conclusión obstétrica, aborto o parto, con el empleo de 150 mg y con resultados similares.<sup>5</sup> El empleo de la g-g anti-D, en las semanas 28 y 34, ha demostrado un efecto marginal y no significativo en la reducción del riesgo en mujeres Rh negativo primíparas o sin distinción de la paridad de 0.30 (0.22-0.38) y 0.34 (0.28-0.40), respectivamente.<sup>14</sup>

La experiencia internacional<sup>11,15</sup> y también en México,<sup>5</sup> señala que los dos motivos más frecuentes de la sensibilización materna son la no aplicación de la g-g anti-D en sus embarazos previos<sup>11,12</sup> o la falta de cumplimiento de las guías o lineamientos del programa; mientras que son menos frecuentes las razones socioeconómicas, la baja disponibilidad del biológico en el mercado y las condiciones biológicas (respuesta inmunológica individual, momento de la sensibilización, etcétera).

En la cohorte de mujeres Rh negativo del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se identificaron 629