



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO.**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL
ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA ISSEMYM CHALCO.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.
PRESENTA

DRA. ELIZABETH PACHECO MILLA.

DIRECTOR DE LA TESIS: DR.OSCAR BARRERA TENAHUA

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

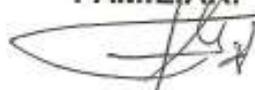
**FRECUENCIA DEL SÍNDROME DEPRESIVO EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA DE CONSULTA
EXTERNA ISSEMYM CHALCO.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

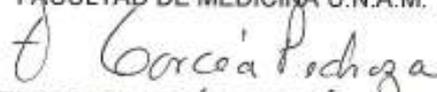
DRA. ELIZABETH PACHECO MILLA

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR.**



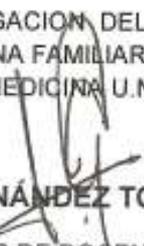
DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ CLAVELINA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA.

COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

AUTORIZACIONES:



LIC. MARTHA MEJIA MÁRQUEZ.

DIRECTORA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL



DR. EDUARDO BREA ANDRES.

ASESOR DE METODOLOGÍA DE TESIS
JEFE DE DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



DR. OSCAR BARRERA TENAHUA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS.

A la vida que me ha puesto en el momento y tiempo para conocer a los seres que mas amo.

A mi madre que desde donde este se que como un ángel cuida mis pasos, y que con su ejemplo me hizo saber lo que es la fortaleza y la tenacidad.

A mi padre que me ayuda, orienta y guía en mi nueva condición de ser madre y profesionista, sin permitirme declinar.

A la luz de mis ojos y alegría de vivir, mi hijo, mi amado **LUIS**, que mi esfuerzo le sirva de ejemplo y logre alcanzar sus sueños.

A mi querido y paciente esposo que me apoya y exhorta a diario para confiar en mi misma.

A mis amigos y compañeros que estuvieron conmigo cuando más los necesite.

A mis profesores por transmitir sus conocimientos y experiencia durante el desarrollo de la especialidad.

A mi asesor el Dr. Oscar Barrera, por su tiempo, apoyo y trasmitirme su confianza para superar este reto.

A mis compañeras de trabajo, enfermeras de la clínica, quienes me ayudaron a recolectar los datos de campo y por el interés mostrado al presente trabajo y bienestar de los pacientes.

México D.F. 2009

Frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor que acude a la Clínica de Consulta Externa Chalco.

*Pacheco Milla E., **Barrera Tenahua O.

*Residente 3 de medicina Familiar, sede Nezahualcóyotl.

**Medico Familiar, Profesor Titular de residencia de medicina familiar sede Nezahualcóyotl.

RESUMEN.

Planteamiento de problema: ¿Cual es la frecuencia de síndrome depresivo en el adulto mayor que acude a la clínica de consulta externa Chalco?

Objetivos: Determinar cual es la frecuencia del síndrome depresivo en el adulto mayor.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y transversal.

Lugar: Clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco. Estado de México. Enero a Marzo 2009.

Participantes: Adultos mayores de 65 años.

Material y métodos: se aplico escala de depresión geriátrica versión de 15 ítems (GDS-15) a los adultos mayores que previamente hayan obtenido una evaluación con mini-mental mayor a 24 puntos.

Resultados: se seleccionaron 191 participantes mediante cuota, de los cuales La edad promedio es de 73.5 años.

90 pertenecieron al sexo femenino (55.9%) y 71 al sexo masculino (44.9%).

En el sexo femenino se observa 11.1%(10 casos) con depresión severa, y en el masculino solo 2.8%(2 casos)

Conclusiones: Los resultados nos permite sugerir el uso de EDG Yesavage 15 ítems como un instrumento valido y confiable para su aplicación en la clínica de Consulta Externa Chalco, ya que el personal sanitario de atención primaria es la clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, de esta manera la detección precoz de la depresión permitirá su diagnostico y tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves.

Palabras clave: síndrome depresivo, escala GDS-15 Yesavage, adulto mayor, unidad de atención primaria, frecuencia de depresión.

Frequency of depressive syndrome in older adults attending the outpatient clinic of Chalco.

*Milla E. Pacheco, * Tenahua O. Barrera
* Resident of Family Medicine 3, Nezahualcóyotl headquarters.
** Family Doctor, Professor of family medicine residency Nezahualcóyotl headquarters.

ABSTRACT.

Approach to the problem: What is the frequency of depressive syndrome in older adults attending outpatient clinic Chalco?

Objectives: To determine the frequency of depressive syndrome in the elderly.

Design: Descriptive, observational, prospective and cross.

Location: outpatient clinic ISSEMYM Chalco. State of Mexico. January to March 2009.

Participants: Adults over 65 years.

Materials and methods are applied geriatric depression scale version of 15 items (GDS-15) to older adults who have previously obtained a mini-mental evaluation greater than 24 points.

Results: 191 participants were selected through quota, of which the average age is 73.5 years.

90 belonged to women (55.9%) and 71 males (44.9%).

In females is observed 11.1% (10 cases) with severe depression, and men only 2.8% (2 cases).

Conclusions: The results allow us to suggest the use of EDG Yesavage 15 items as a valid and reliable instrument for application in the outpatient clinic of Chalco, as the primary health care is key in evaluating the mental state of older people, so early detection of depression allow its diagnosis and timely treatment to reverse the table and prevent the onset of serious complications.

Keywords: depressive syndrome, scale Yesavage GDS-15, elderly, primary care unit, frequency of depression.

INDICE DE CONTENIDO.

| TEMA | PÁGINA. |
|---|---------|
| I.- MARCO TEORICO. | |
| A) Antecedentes históricos. | 1 |
| B) Definición | 3 |
| C) Epidemiología | 5 |
| D) Etiología | 8 |
| E) Cuadro clínico. | 12 |
| F) Criterios diagnósticos | 15 |
| G) Diagnostico diferencial. | 18 |
| H) Instrumentos para evaluar la depresión. | 22 |
| I) Consecuencias de la depresión en el adulto mayor. | 34 |
| J) Tratamiento. | 37 |
| II.-PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA | 51 |
| III.- JUSTIFICACION. | 52 |
| IV.- OBJETIVOS. | 53 |
| V. HIPOTESIS | 53 |
| VI. MATERIAL Y METODOS | 54 |
| A) Tipo de estudio | |
| B) Diseño de estudio: Población, lugar, tiempo, muestra | |
| C) Criterios de inclusión , exclusión y eliminación | |
| D) Instrumentos de recolección de datos | |

- E) Métodos de recolección de datos.
- F) Análisis estadístico

| TEMA | PÁGINA. |
|--|----------------|
| VII.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. | 58 |
| VIII.-RECURSOS HUMANOS MATERIALES Y FINANCIEROS | 59 |
| IX.-CONSIDERACIONES ETICAS | 60 |
| X.- RESULTADOS | 62 |
| XI.- DISCUSION | 67 |
| XII.- CONCLUSIONES. | 67 |
| XIII.- BIOBLOGRAFIA | 68 |
| XIV.-ANEXOS. | |

- A) Consentimiento de participación voluntaria.
- B) Instrumentos de evaluación.

I. MARCO TEÓRICO:

A) ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La depresión es un padecimiento grave que afecta negativamente la manera de sentir y actuar del paciente, la Organización Mundial de la Salud propone que el enfermo que la padece sufre humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminuyendo de la vitalidad que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y sentir cansancio exagerado aun después de un esfuerzo mínimo. La Asociación Psiquiátrica Americana lo define como un trastorno del estado de ánimo o falta de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados por un periodo mayor de dos semanas. [1]

Numerosos textos antiguos contiene descripciones de lo que hoy conocemos como trastornos del estado de ánimo. La Historia del rey Saúl en el viejo testamento , el libro de Job describe la mayor parte de los síntomas depresivos clásicos (insomnio, falta de autoestima , disminución del impulso sexual) enmarcados en los síntomas depresivos como consecuencia inevitable del envejecimiento , y la del suicidio de Ajax en la llamada de Homero describen síndromes depresivos . Hace aproximadamente 400 años A.C .Hipócrates incluyo la melancolía en su clasificación de las enfermedades mentales y la describía como una incomodidad o miedo prolongado y la atribuía a bilis negra. [1]

Los médicos griegos y romanos señalaron que las personas mayores sufrían melancolía y descubrieron un aumento de su frecuencia entre los individuos de mediana edad y edad avanzada. En el siglo V, Celio Aureliano afirmaría que la melancolía es mas frecuente en los varones, especialmente en los mediana edad, difícilmente se presentas en las mujeres y también es infrecuente en otras épocas de la vida (Galeno, siglo III) pensaba que la melancolía era inherente a la vejez, Aristóteles propuso la utilización de la música y el vino como terapia para erradicar ese mal. [1]

Cerca del año 30 D.C a el médico romano Aulus Cornelius Celsus describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (melan [negra] y cholé [bilis]) en su texto de medicina, como una depresión causada por la bilis negra. El termino continuo siendo utilizado por otros autores médicos como Arteteo (120-180), Galeno (129-199) y Alejandro de Talles en el siglo VI. El medico filosofo judío Moisés Maimonides En el siglo XII considero a la melancolía como una

entidad clínica discreta. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamo maniaco- melancholicus. [1]

En 1621, Roberti Burton describió la anatomía de la Melancolía, y la describió como la enfermedad de la cabeza o trastorno psicológico, enfermedad que puede ser transitoria o definitiva. Este autor valora las experiencias durante la etapa infantil y el tipo de conocimientos que recibieron los niños. [1]

En 1854 Jules Falret llamo folie circulare, a una enfermedad en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maniacos.

Casi al mismo tiempo, otro psiquiatra francés Jules G.F Bailarger, definió la folie a doublé forme: los pacientes, profundamente deprimidos, estaban en un estado de estupor del que finalmente se recuperaban. En 1882 el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum, mediante el termino ciclotimia, describió la manía y la depresión como fases de una misma enfermedad. [1]

A partir del año de 1880 aparecieron documentos como los textos psiquiatría infantil y patología mental infantil que hacen referencia la melancolía en los mismo términos que el inglés Charles West, Emmighaus, en Alemania Delasiauve, Filibiliu o Maoreau de Tour, en Francia y Vidal Pereira en España. [1]

En 1899, Kraepelin, basándose en trabajos previos de diversos psiquiatras franceses y alemanes, definió una psicosis maniaco –depresiva con la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para diagnosticar el trastorno bipolar. La ausencia de una evolución que llevara al deterioro a la demencia diferenciaba la psicosis maniaco depresivo de demencia precoz (tal como se denominaba entonces a la esquizofrenia). Kraepelin también describió una forma de depresión denominada melancolía involutiva y que se ha considerada desde entonces una forma de trastorno del estado de animo el trastorno empieza tras la menopausia en las mujeres y en los últimos años de la edad adulta en los hombres. [1]

Ya en años mas recientes el trastorno depresivo mayor fue descrito en el Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III) y actualmente en el DSM - IV en el que se especifica que los principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar. [1]

B) DEFINICION.

DEPRESION (del latín Depresión –Onís) “estado de abatimiento que imposibilita la acción “, puede presentar síntomas físicos o psíquicos.

Depresión (latín de hacia abajo + premiere, comprimir) Disminución del deseo de la actividad funcional.

La clasificación más ampliamente aceptada por la comunidad médica y científica internacional son la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) y el DSM-IV. [1]

De acuerdo con el CIE -10 un episodio depresivo típico, se caracteriza tanto en los casos leves como moderados o graves, porque “el paciente sufre un decaimiento del animo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en si mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del animo varia poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somático”, tales como la pérdida de interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso, de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas”. [1]

De acuerdo con la clasificación que plantea DSM-IV “los trastornos del estado de animo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastornos del estado de animo debido a enfermedad medica y trastornos del estado de animo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos, se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodios maniacos, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares implican la presencia de episodios mixtos o episodios hipomaniacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañados por la presencia de episodios depresivos mayores. [1]

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o mas episodios depresivos mayores (al menos dos semanas de estado de animo depresivo o pérdida de interés acompañados por lo menos de otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distimico se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de animo depresivo, que sin el, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. [1]

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distimico, trastorno adaptativo, con estado de animo mixto ansioso y depresivo o con síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria.[1]

La característica básica del episodio depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma de debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero acostada de un esfuerzo muy importante. [1]

Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder la capacidad para relacionarse o trabajar. En caso extremo el sujeto puede ser incapaz de cuidar de si mismos o de mantener una mínima higiene personal.

Es esencial una buena entrevista clínica para descubrir los síntomas de un episodio depresivo mayor. La información puede verse comprometida por los problemas de concentración, el deterioro amnésico o la tendencia a negar, quitar importancia o justificar los síntomas. La información de otras fuentes puede ser especialmente relevante para clasificar el curso de los episodios depresivos mayores actuales o pasados y para valorar si ha habido episodios maniacos o hipomaniacos. [1]

La evaluación de los síntomas de un episodio depresivo mayor es especialmente difícil cuando se presentan en un sujeto que tiene además una enfermedad médica (cáncer , accidente vascular cerebral, infarto al miocardio , diabetes.) algunos de los criterios de un episodio depresivo mayor son idénticos a los signos o síntomas característicos de la enfermedad médica. Este tipo de síntomas deben atribuir a un episodio depresivo mayor, excepto cuando son clara y completamente atribuibles a una enfermedad médica. [1]

Por definición un episodio depresivo mayor no es a los efectos fisiológicos directos de las drogas, a los efectos secundarios de medicamentos o a la exposición a tóxicos. Así mismo, el episodio no es debido a los efectos fisiológicos directos de ninguna enfermedad médica. Además, si los síntomas empiezan antes de transcurrir dos meses de la pérdida de un ser querido y no persisten mas allá de estos dos meses generalmente se consideran resultados de un duelo, a menos que estén asociados a un deterioro funcional importante o incluyan preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. [1]

C) EPIDEMIOLOGIA.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos y la sociedad en su conjunto. Se calcula que mas del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento medico en algún momento de su vida. El informe mundial la salud en 2001 refiere que la prevalencia puntual de la depresión en el mundo en los hombres es de 1.9 % y de 3.2 % en las mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5% respectivamente. [4]

En México Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según estos autores, 4 de las 10 enfermedades mas discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo. Se estima que en 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. [4]

En nuestro país , la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica , llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad , concluyo que los trastornos afectivos – dentro de los que incluyen los trastornos depresivos - se ubican , respecto al resto de los trastornos investigados , en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%) después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por su uso de sustancias (9.2%) al limitar el análisis de las encuestas a los 12 meses previos a su aplicación . Los trastornos más comunes fueron los de ansiedad seguida de los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente , el episodio depresivo mayor pasa al quinto lugar (luego de las fobias específicas , los trastornos de conducta , la dependencia al alcohol, y la fobia social) , con una prevalencia de 3.3 % alguna vez en la vida .Entre las mujeres , la depresión mayor ocupa el segundo lugar.[4]

Estudios realizados sobre depresión en el anciano reportan una prevalencia entre 10-30 % para depresión leve y del 3% para depresión mayor, se ha señalado, así mismo una incidencia de casos nuevos por año en un 13% con afectación mayor a mujeres que a hombres. La depresión se asocia aun aumento de mortalidad y morbilidad que con frecuencia pasa desapercibido y queda sin diagnosticar y consecuentemente sin tratar , existen estudios de investigación que apuntan que los médicos de atención primaria no diagnostican del 50-75% de los pacientes que sufren diversos trastornos mentales comunes como la depresión . [4]

Hay una gran variabilidad en cuanto a las tasas de prevalencia según los diferentes estudios debido a la heterogeneidad del concepto y las poblaciones analizadas. Existe una marcada diferencia en la prevalencia de la depresión en el anciano dependiendo de su situación, estado físico y psicológico. Los estudios también demuestran diferencias respecto a si se realizan en población general, en consulta de atención primaria, en hospital o en residencias geriátricas. [4]

En el mundo actual existe un elevado y alarmante incremento de los trastornos mentales. Los trastornos psiquiátricos suponen el 12,5% de las enfermedades de nuestro planeta. El porcentaje de trastornos mentales sobrepasa al cáncer y a las enfermedades cardiovasculares. Además, la depresión es ya la primera causa de incapacidad en el mundo. A pesar de estos datos, sólo el 25% de la población en países industrializados recibe un diagnóstico y un tratamiento adecuados. [13].

Como resultado de la disminución estimada de la tasa de natalidad, el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil, sobre todo en los países desarrollados, las personas de la tercera edad, según estimaciones del Banco Mundial, para el año 2030 alcanzará el 30% de la población mundial. [13]

En la década del 90 las personas ancianas eran de 700 millones aproximadamente y según estimaciones para el 2025 será de 1156 millones. [13]

Si tenemos en cuenta las repercusiones en sentido general que esto traerá, ante todo, es necesario alertar sobre la necesidad de la dedicación de una política de salud por parte de las instituciones estatales a este sector poblacional que no debe quedar a la libre determinación de actitudes del neoliberalismo globalizado donde las personas de la tercera edad, al tener disminuida su capacidad productiva y no ser de utilidad en los procesos generadores de bienes materiales, quedan a merced de la infernal maquinaria desgarradora de existencias provocada por esa política.[13]

Según datos de la OMS el 25% de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión, hasta los 75 años [13]

Los trastornos depresivos afectan a:

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad,
- 15% - 35% de los que viven en residencias,
- 10% - 20% de los ancianos que son hospitalizados,
- 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello
- 50% de todas las hospitalizaciones, para ese grupo de edad, en los centros psiquiátricos [14]

En el Reino Unido la depresión afecta entre el 10% y el 15% de las personas mayores de 65 años que viven en residencias. Es el más común y reversible problema de enfermedad mental en la vejez. Se encuentra asociada con enfermedades físicas, eventos vitales y acarrea un incremento de suicidios y mortalidad natural.

Existe un fenómeno específico con la depresión en la tercera edad y es que al no ser diagnosticada y tratada con facilidad se aumenta la morbilidad, demanda de salud, costo y servicio social de comunidad [14]. Se estima que en los Estados Unidos alrededor de un millón de personas mayores de 65 años tienen depresión, pero solamente el 20% serán diagnosticadas y recibirán tratamiento adecuado [15].

Con respecto a la epidemiología del suicidio en el anciano, se ha visto que el 70% de los suicidios tenían enfermedad depresiva. [4]

C) ETIOLOGÍA

En los últimos 20 años , han ocurrido avances importantes en el conocimiento de ciertos aspectos de la depresión , tanto en área de bioquímica , fisiología y la genética y en la epidemiología , esto ha venido aponer de manifiesto que la enfermedad depresiva no es de única , sino multifactorial . En la edad avanzada en donde el estrés ambiental es tan importante para que parezca la depresión, hay también disminución de la adaptabilidad de la personalidad, el panorama del trastorno depresivo es menos favorable que en pacientes jóvenes. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiado un punto de vista bio-psicosocial. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social, biológico y psicológico que están seriamente involucrados. [2]

Factores de riesgo para la depresión en el anciano.

1.- Involución del cerebro. Se considera que el envejecimiento produce unas alteraciones cerebrales específicas como la disminución del volumen global del cerebro, engrosamientos de la leptomeninges e incremento del LCR circulante como consecuencia de de la disminución de la masa cerebral. Hay un descenso en el grosor de la corteza cerebral, sobre todo a nivel fronto-temporal. La pérdida de masa cerebral es debida más a la perdida de sustancia blanca que a la de la sustancia gris. [2]

A nivel neuronal se han observado cambios estructurales importantes. Especialmente en las ramificaciones dendríticas. A nivel axonal están descritos fenómenos de axogenesis, es decir los cuerpos neuronales a los que se ha seccionado el axón tienen capacidad de emitir brotes de crecimiento de un nuevo axón. [2]

En los diferentes sistemas neurotransmisores también se producen cambios significativos. El mejor estudiado es el sistema dopaminérgico que esta directamente relacionado con la enfermedad de Parkinson. El descenso de la actividad dopaminérgico esta relacionada con la edad. A nivel postsináptico se ha detectado un descenso en el numero de receptores D2 y, en menor medida D1.

En el sistema noradrenérgico se considera que su actividad permanece estable a lo largo de la vida a nivel pre sináptico. A nivel pos sináptico se ha observado un descenso en los receptores noradrenérgicos en el hipotálamo. Los estudios histológicos han puesto de manifiesto que el envejecimiento ocasiona un descenso importante en las neuronas noradrenérgicas en el locus cerúleo. [2]

En el sistema serotoninérgico no se producen cambios significativos a nivel presináptico. A nivel postsináptico si se han encontrado cambios en la

concentración de receptores 5HT1 y 5HT2, en los que se ha encontrado hasta reducciones del 20% en los ancianos. [2]

Otro neurotransmisor que disminuye en el sistema nervioso central con la edad es el ácido gammaaminobutírico (GABA).

La situación de los neuropéptidos cerebrales es variable. Se han encontrado descensos importantes en algunas regiones, mientras que en otras permanecen inalterables. [2]

En estudios de neuroimagen se considera que se produce una atrofia cortical progresiva y un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales a medida que se envejece. También se ha encontrado que la leucoencefalopatía es más frecuente en ancianos con antecedentes de accidentes cerebrovasculares e hipertensión.

a) Enfermedades físicas:

Las patologías físicas se consideran un factor de riesgo para la depresión en el anciano. Aunque en cualquier edad pueden presentarse estos cuadros, no cabe duda de que son más frecuentes en el anciano.

- Enfermedades neurológicas: accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, demencia.
- Neoplasias: reacción a la enfermedad y consecuencias no metastásicas.
- Enfermedades endocrinas: cushing, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo.
- Minusvalía física: como alteraciones musculoesqueléticas que impiden un funcionamiento adecuado. [2]
- Enfermedades cardiovasculares: infarto agudo al miocardio.
- Infecciones virales: gripe, hepatitis, neumonía, herpes.
- Tratamientos: a las personas de edad avanzada con frecuencia se les prescriben muchos medicamentos en programas complejos de dosificación. En algunos pacientes esto está justificado debido a la presencia de diversos trastornos crónicos que se superponen a las enfermedades agudas. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, los regímenes farmacológicos son innecesariamente excesivamente costosos y predisponen a la persona a no acatar el tratamiento y a reacciones farmacológicas adversas. El 80% de la población geriátrica sufre de una o más enfermedades crónicas que los llevan al consumo de múltiples fármacos, lo cual los pone en riesgo de problemas como efectos adversos, interacciones o toxicidad, entendiéndose por polifarmacia según la OMS como la utilización de 4 o más fármacos en forma simultánea. La prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor se estima en 34%. [2]

La proporción de adultos mayores que requieren atención médica es cada vez mayor y entre los principales problemas de este grupo poblacional se encuentra la polifarmacia, para implementar acciones que lo pueda reducir, es necesario conocer los factores que le dan origen. Por otro lado existen trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicósomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos. [2]

Existen medicamentos que como efecto adverso provocan depresión y son comunes en la terapia medicamentosa otorgada a los adultos mayores, como son los antihipertensivos, antiparkinsonianos, tratamientos esteroideos, antiinflamatorios, citostáticos o diversos psicofármacos. El ciprofloxacino reduce reacciones psicóticas, el clonazepam somnolencia y depresión del SNC, la dexametasona provoca trastornos psíquicos, la espironolactona confusión, la glibenclamida a dosis altas somnolencia, debilidad y depresión por efecto hipoglucémico, la loratadina provoca nerviosismo insomnio o bien somnolencia, la metoclopramida somnolencia y sedación. Es frecuente que estén tomando uno o varios fármacos, por ello siempre hay que investigar el tratamiento que tienen.[2]

- Alcoholismo: es frecuente que el consumo de alcohol aparezca como consumo en esta edad, sobre todo en relación con determinados acontecimientos estresantes y precipitar una depresión secundaria.

b) Estado nutricional. es importante en el anciano y sobre todo los déficit de vitamina B12 y ácido fólico pueden acelerar el sistema neuronal y precipitar una depresión en el anciano.

c) Aspecto psicológico. Las causas psicológicas son más complejas. Errores cognitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión. El aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida pueden condicionar una cierta respuesta hacia los agentes de estrés continuo, donde el número de eventos negativos vividos se asocia con el desarrollo de la depresión. [2]

Los sucesos acaecidos durante toda la vida del individuo tiene capacidad para precipitar la depresión y los trastornos secundarios a ellos, estos acontecimientos no son menos importantes en la última parte de la vida que en cualquier otra fase del ciclo vital, agentes y factores relacionados con el desarrollo.[2]

El aspecto psicológico involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado. Así las personas narcisistas y obsesivas tiene un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En genera las personas narcisistas están siempre atentas a obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, la belleza, la juventud y ante el hecho de perderlos no se logra una adecuada adaptación. La gente con personalidad obsesiva utiliza parte de su energía para modular ciertas reacciones de agresividad para evitar conflictos con los demás. [2]

En la vejez al tener dificultad para modular estas reacciones y hacerlas manifiestas favorecen el alejamiento y la evitación de los demás. [2]

- d) Inhabilitación social: tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, las personalidades anancásticas las depresiones de la jubilación, de la misma forma que sufren depresiones en épocas de vacaciones o se sienten peor los fines de semana. El mundo del trabajo y del rendimiento es importante en su vida y la desaparición de esto provoca un vacío difícilmente superable. También las personalidades autoritarias, que ha dominado su entorno de forma férrea, a medida que van perdiendo esta autoridad se van a adaptar mal a esta situación.
- e) La personalidad competitiva también va a necesitar el reflejo social de autovaloración y va a vivir mal esta época. [2]
- f) Hipótesis endocrina: la atención se ha centrado fundamentalmente en el papel de la ACTH y la cortisona, se sabe desde hace tiempo que un número significativo de pacientes deprimidos son hipersecretores de cortisol. La secreción de hormona hipofisiaria estimuladora del tiroides (TSH) permanece generalmente dentro de límites normales en los pacientes deprimidos se ha demostrado una supresión de la elevación normal de la TSH tras la administración TRH. No parece que la prolactina experimente cambios significativos con la edad. Aunque el descenso de la producción de estrógenos por los ovarios y el desequilibrio consiguiente quizá guarde relación con los síntomas depresivos. [2]

D) CUADRO CLINICO:

En general se puede considerar que las manifestaciones clínicas de la depresión en el anciano son, en esencia, similares a las del adulto mas joven. No obstante, el anciano depresivo presenta una serie de síntomas y cambios psicofisiológicos característicos que le diferencian, de forma significativa, del resto de la población.

Estas manifestaciones son:

- a) La severidad global de la depresión es, en general, similar entre los que iniciaron en edades más jóvenes. Los síntomas melancólicos suelen estar presentes con más frecuencia entre los ancianos con menor tendencia a la culpa. Se puede encontrar una falta de concordancia afectiva, en relación con los estímulos, prevaleciendo sobre la tristeza y apareciendo como actitud de indiferencia o desinterés. Los síntomas negativos y la disfunción cognitiva también tiene una alta presentación clínica. [5]
- b) Varios estudios han descrito un aumento de la agitación, y la presencia de síntomas psicóticos ha sido tradicionalmente considerada como más frecuente en los ancianos. Las alteraciones psicomotrices, como la inhibición motora, agitación e inquietud, pueden causar dificultades diagnosticas con el Parkinson y los cuadros confusionales, aunque estos procesos también pueden presentarse asociados a la depresión. [5]
- c) La depresión se puede enmascarar con síntomas psíquicos o corporales, siendo difícil de identificar en la consulta de medicina general, ya que el mismo paciente no siempre es consciente de tener una depresión. El porcentaje de pacientes de este tipo oscila entre el 20 y el 30% del total de consultas. Entre las mascararas psíquicas o conductuales de la depresión podemos encontrar: conductas autodestructivas o de riesgo, auto dependencia, juego compulsivo, cleptomanía, algunas delincuencias, bulimia, anorexia, fobias e hipocondría. [5]
- d) El riego de suicidio es mayor en el anciano, incrementándose especialmente con la existencia de antecedentes depresivos, patología orgánica asociada, pérdida del cónyuge o situación de aislamiento. [5]

e) La sintomatología somática se presenta con más frecuencia en este grupo etario, lo que está relacionado con mayor número de enfermedades físicas que aparecen en esta edad. Por otro lado, la presencia de enfermedades crónicas también pueden facilitar la aparición de síntomas depresivos reactivos, sin llegar a constituir un síndrome depresivo clásico. No obstante, debemos tener presente que estas manifestaciones atribuirse de forma incorrecta al envejecimiento. Entre los síntomas somáticos en el anciano podemos destacar las siguientes.[5]:

- Trastornos sensoriales como: vértigo, alteraciones del olfato, o del gusto.
- Trastornos neurológicos y neurovegetativos como cefaleas, sudoración exagerada, temblores, etc.
- Trastornos digestivos como diarreas, aerofagias, dispepsia.
- Trastornos cardiorespiratorio: parestesias, molestias precordiales, incremento de la tensión arterial, disnea, etc.

f) Además de lo expuesto, los trastornos afectivos en la población anciana se pueden caracterizar por los siguientes síntomas :

- Anorexia y cansancio precoz.
- Fijación de ideas.
- Incapacidad para realizar actividades habituales.
- Pérdida de planificación futura.
- Pesimismo y sensación negativa.
- Sensación de identificación del tiempo.
- Sufrimiento por vivir y desesperación.
- Tendencia al llanto y al sueño.[5]

En resumen, respecto a los adultos jóvenes, los síntomas depresivos en el anciano son:

a) más frecuentes: agitación. Somatizaciones, signos vegetativos, síntomas psicóticos, déficits cognitivos al nivel de memoria ya alteraciones de lenguaje, suicidio consumado, anorexia y pérdida de peso.[7]

b) menos frecuente: alteraciones del sueño y del apetito, reconocimiento de sus síntomas psiquiátricos. Pérdida de energía, culpabilidad, tristeza subjetiva, disminución de la concentración, pensamientos de muerte. [7]

CUADROS ESPECIFICOS:

Con independencia de las diferencias sintomáticas expuestas, se han descrito varios cuadros clínicos que, dentro del grupo de trastornos anímicos, han sido habitualmente considerados como más característicos del mayor. Estas entidades o cuadros depresivos son:

A) *Melancolía involutiva.*

Clínicamente se describió como una forma de depresión que cursaba con ansiedad y aumento de la actividad psicomotora. También podía alcanzar la agitación, presentándose con sentimientos de culpa y elementos paranoides. La edad de inicio se situaba en el periodo involutivo considerado a partir de los 50 años. [5]

Su evolución se estimaba que tendía a la cronicidad. La utilización de este término ha sido abandonada progresivamente, de tal manera que ya se ha eliminado como categoría nosológica independiente tanto en la CIE -10 como en el DSM-IV. [5]

B) *Síndrome de consunción*

Cuadro considerado como una forma atípica de síndrome depresivo (Ferrey, Le Gouines y Bobes, 1994), conlleva astenia adipsia, meteorismo abdominal, incontinencia urinaria, y síndrome de deshidratación extra celular. Por otro lado el paciente presenta conductas de retraimiento, negativismo, rechazo de cuidados, alimentos y líquidos, agresividad ocasional, indiferencia general, y quejas repetitivas sobre su estado. En función de los síntomas expuestos, parece obvio clasificarlo fuera de los trastornos depresivos, ya que supone más bien un comportamiento autodestructivo frente a una situación psicofísica externa. [5]

C) *Síndrome de Cotard.*

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de delirios de negación respecto a l propio cuerpo, partes del mismo, o la propia existencia. La descripción original relata la existencia de ideas de posesión, ansiedad melancólica, tendencia al suicidio y/o mutilaciones voluntarias, analgesia e ideas hipocondriacas de no – existencia o destrucción de diversos órganos e ideas de inmortalidad. Actualmente esta considerado como un síntoma o un síndrome que aparece sobre todo en las depresiones delirantes. [5]

Distimia.

La prevalencia de los trastornos distímicos en los ancianos, unida a la presencia de características diferentes a las de los jóvenes, ha llevado a plantear la

posibilidad de considerarlo como una categoría nosológica, independiente. En los ancianos existe una alta frecuencia de acontecimientos vitales estresantes, una edad de inicio muy tardía, una baja prevalencia de historia de depresión mayor y escasos de trastornos de personalidad asociados [5]

E) CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe un marcador biológico o prueba al 100% específica para hacerlo. Los criterios del DSM-IV-TR de la asociación Americana de psiquiatría son universalmente aplicados y se presentan en el **cuadro I**. La historia clínica completa y el examen físico exhaustivo, incluyendo la evaluación cognoscitiva, son fundamentales en la valoración del anciano con sospecha de depresión. Sin embargo en el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social (episodio de depresión mayor). También, el diagnóstico enfrenta diversos problemas. Uno de ellos es la heterogeneidad clínica de la depresión, la cual puede manifestarse como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad, o un estado de confusión. [7]

Además la comorbilidad asociada es otro elemento a considerar que crea una interacción compleja entre la patología ya existente y las complicaciones derivadas del trastorno depresivo. [7]

Las manifestaciones de la depresión en el anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación.

Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Esta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e incluso a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición.

[7]

Cuadro I. Criterios diagnósticos de depresión mayor según el DSM-IV-R

| |
|---|
| <p>A. Al menos uno de los siguientes tres estados de ánimo debe estar presente e interferir en la vida de la persona:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Animo deprimido la mayor parte del día , casi todos los días ,por lo menos dos semanas.2. Perdida de todo interés y del placer la mayor parte del día casi todos los días, al menos dos semanas.3. Si es menor de 18 años, humor irritable la mayor parte del día casi todos los días al menos dos semanas. |
| <p>B. al menos cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante dos semanas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Animo depresivo(o irritabilidad en los niños y jóvenes [como se define en A1].2. Marcada disminución de del interés del placer [como se define en A2].3. Alteraciones del peso o del apetito, ya sea: Perdida de peso sin hacer dieta o disminución del apetito. Ganancia anormal de peso o aumento del apetito.4. Alteraciones del sueño, ya sea insomnio o hipersomnía.5. Alteraciones en la actividad , ya se agitación o enlentecimiento (observado por otros)6. Fatiga o pérdida de la energía.7. Autorreproche o culpabilidad inapropiada.8. Pobre concentración o indecisión.9. Pensamientos mórbidos de muerte (no solo miedo de morir) o de suicidio. |
| <p>C. Los síntomas no son debidos a psicosis.</p> |
| <p>D. Nunca ha sido un episodio maniaco, episodio mixto o episodio mixto, o episodio hipomaniaco.</p> |
| <p>E. Los síntomas no son debidos a enfermedad física, consumo de alcohol, medicamentos, o drogas ilícitas.</p> |
| <p>F. Los síntomas no son por una pérdida normal.</p> |

Criterios diagnósticos de la depresión – CIE 10.

En los episodios depresivos típicos, por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de Actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras esfuerzos mínimos. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) la pérdida de la confianza en si mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil.
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito. [7]

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta de en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarado por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo se cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco. [7]

G).DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Enfermedades médicas.

Muchos trastornos médicos y neurológicos y algunos fármacos pueden producir síntomas depresivos. Los pacientes con trastorno depresivo consultan primero al médico de familia por quejas somáticas. La mayoría de las causas orgánicas de los trastornos depresivos pueden detectarse mediante una exhaustiva historia clínica, un examen físico o neurológico completo y los habituales análisis de orina y de sangre. [3]

La evaluación inicial debe abarcar el estudio de las funciones tiroideas y adrenales, porque los trastornos de cualquiera de estos sistemas endocrinos pueden producir síntomas depresivos.

En los trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias, una regla razonable es que cualquier sustancia que este tomando un paciente deprimido debe considerarse causa potencial del trastorno. Los fármacos para enfermedades cardiacas, los antihipertensivos, los sedantes, los hipnóticos, los antiepilépticos los antiparkinsonianos, los analgésicos los antibacterianos y antineoplásicos suelen relacionarse, con frecuencia, con la aparición de síntomas depresivos. [3]

Enfermedades neurológicas.

Los problemas neurológicos que mas comúnmente producen sintomatología depresiva son la enfermedad de Parkinson y las demencias (incluidas la demencia de Alzheimer, la epilepsia, los trastornos cerebro vasculares y los tumores [1]

Entre un 50% y 75 % de los pacientes con la enfermedad de Parkinson presentan síntomas claros de un trastorno depresivo, que no correlacionan con el grado de incapacidad del paciente ni con la edad o duración de la enfermedad, pero si con las alteraciones detectadas en las pruebas neuropsicológicas. Los síntomas del trastorno depresivo pueden estar enmascarados por los síntomas motores, casi idénticos, de la enfermedad de Parkinson. Los síntomas depresivos suelen responder bien al tratamiento con antidepresivos o la terapia electroconvulsiva.

Los cambios interictales asociados a la epilepsia del lóbulo temporal pueden mimetizar un trastorno depresivo, especialmente si el foco epiléptico esta localizado en el lado derecho. La depresión es unas complicaciones frecuentes de las enfermedades cerebro vasculares, que suelen aparecer dos años posteriores al primer episodio. La depresión es más frecuente en las lesiones cerebrales anteriores que en las posteriores y en ambos casos se da una buena respuesta a la medicación antidepresiva. Los tumores de la región diencefálica y temporales se asocian frecuentemente a síntomas depresivos. [1]

Pseudodemencia.

Los clínicos pueden usualmente diferenciar la pseudodemencia de un trastorno depresivo mayor de la demencia como la enfermedad (por ejemplo Alzheimer). En el trastorno depresivo mayor, los síntomas cognoscitivos empiezan de forma súbita y también están presentes otros síntomas propios de la depresión, como los autorreproches. Puede darse una variación diurna de las alteraciones cognoscitivas, que no se observa en las demencias primarias. Los pacientes deprimidos que presentan alteraciones cognoscitivas no intentan contestar a ciertas preguntas (dicen simplemente “no lo se”) mientras que demenciados pueden confabular. En los pacientes deprimidos la memoria reciente esta más afectada que la remota. Además los pacientes deprimidos a veces pueden recordar cosas si el entrevistador insiste con firmeza a diferencia de los pacientes demenciados.[1]

Trastornos mentales.

Los trastornos relacionados con sustancias , los trastornos psicóticos, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos adaptativos, los trastornos somatomorfos y los trastornos de ansiedad pueden ir asociados a síntomas depresivos y deben tenerse en cuenta en el diagnostico diferencial de un paciente que presenta síntomas depresivos. Quizá lo más difícil es el trastorno de ansiedad con depresión de los trastornos depresivos que se presentan acompañados de elevada ansiedad. La dificultad para hacer esa diferencia queda reflejada en la inclusión del diagnostico de trastorno mixto ansiedad-depresión en el DSM-IV. Un resultado anormal en el test de la supresión con dexametasona, la presencia de un acortamiento de la latencia REM en el EEG del sueño y un resultado negativo del test de infusión de lactato apoyan el diagnostico de trastorno depresivo mayor en los casos especialmente difíciles. [1]

Duelo no complicado.

El duelo no complicado no se considera un trastorno mental, aunque un tercio de las personas que han perdido a sus cónyuges cumplen los criterios de para trastorno depresivo mayor. [1]

Algunos pacientes con duelo complicado terminan presentando un trastorno depresivo mayor, pero el diagnostico no se realiza a menos que el duelo acabe de resolverse, la diferenciación esta basada en la gravedad de los síntomas y en su duración. Los síntomas que se ven con mayor frecuencia en el trastorno depresivo mayor que aparecen tras un duelo son preocupaciones mórbidas sobre la propia valía, ideación suicida, sentimientos de haber hecho algo que ha provocado la muerte del cónyuge [1]

CUADRO II

Condiciones médicas con síntomas similares a la depresión o que pueden causar depresión.

| |
|---|
| <p>A. Trastornos neurológicos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Enfermedades extra piramidales: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington. Parálisis supra nuclear progresiva.2. Enfermedad de Alzheimer3. Enfermedad cerebro vascular.4. Neoplasias cerebrales.5. Traumatismos cerebrales.6. Infecciones de del SNC.7. Demencia.8. Migraña9. Esclerosis múltiple.10. Narcolepsia.11. Hidrocefalia.12. Apnea del sueño.13. Enfermedad de Wilson. |
| <p>B. Trastornos sistémicos.</p> <ol style="list-style-type: none">1. infecciones: víricas y bacterianas. |
| <p>C. trastornos endocrinos.</p> <ol style="list-style-type: none">1. adrenales: Cushing y Addison2. hiperaldosteronismo3. relacionadas con la menstruación.4. trastornos para tiroideos (híper o hipo).5. posparto. |
| <p>D. trastornos tiroideos.(híper o hipo)</p> |
| <p>E. trastornos inflamatorios:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Lupus eritematoso sistémico.2. Artritis reumatoide.3. Sx. de Sjögren4. Arteritis temporal |
| <p>F. Deficiencias vitamínicas</p> <ol style="list-style-type: none">1. Folatos.2. Niacina.3. B12.4. Vitamina C5. Tiamina |
| <p>G. Otros trastornos</p> <p>Cáncer.</p> <p>Enfermedades cardiopulmonares.</p> <p>Enfermedades renales y urémicas.</p> <p>Neoplasias sistémicas.</p> <p>Porfiria.</p> <p>Síndrome de Klinefelter.</p> <p>Síndrome de inmuno deficiencia adquirida.</p> <p>Trastornos del estado de animo posparto.</p> <p>Trastornos del estado de animo posoperatorio.</p> |

CUADRO III. CAUSAS FARMACOLOGICAS DE LA DEPRESION.

| | | |
|---|-------------------|-------------|
| A. Antihipertensivos y fármacos para el corazón. | | |
| Betanidina. | Digital. | |
| Clonidina. | prazocin | |
| Hidralacina. | lidocaína | |
| Metildopa. | Metoserpidina | |
| Propanolol. | Oxprenolol. | |
| Reserpina. | | |
| B. Sedantes e hipnóticos | | |
| Barbitúricos | Benzodiacepinas. | |
| Hidrato de cloral | Clormetiazol. | |
| Etanol. | Claracepato | |
| C. Esteroides y hormonas. | | |
| Corticosteroides. | Triamcinolona. | |
| Anticonceptivos orales. | Noretistosterona | |
| Prednisona | Danazol. | |
| D. Estimulantes e inhibidores del apetito. | | |
| Anfetaminas. | Dietilpropion. | |
| Fenfluramina | fenmetracina. | |
| E. Psicotrópicos. | | |
| Butirofenonas | fenotiacinas. | |
| F. Agentes neurológicos. | | |
| Amantadina | baclofen. | |
| Bromocriptina. | Carbamacepina. | |
| Levodopa. | Metosuximida. | |
| Tetrabenacina | fenitoina. | |
| G. Analgésicos y fármacos antiinflamatorios. | | |
| Fenoprofeno. | Fenilbutazona. | |
| Ibuprofeno. | Fenacetina. | |
| Indometacina. | Pentazocina. | |
| Opiáceos. | Bencidamina. | |
| H. Fármacos antibacterianos y fungicidas. | | |
| Ampicilina. | Griseofulvina. | |
| Sulfametoxazol. | Metronidazol. | |
| Clotrimazol. | Nitrofurantoina. | |
| Ciclocerina | Acido nalidixico. | |
| Dapsona. | Sulfonamidas. | |
| Etionamida. | Estreptomina. | |
| Tetraciclina. | Tiocarbanilida. | |
| I. Antineoplásicos. | | |
| C-aspariginasa. | 6-azauridina. | |
| Mitramicina. | Bleomicina. | |
| Vincristina. | Trimetoprim. | |
| Zidovudina. | | |
| J. Fármacos diversos. | | |
| Acetazolamida. | Cimetidina. | Disulfiran. |
| Colina. | Metoclopramida. | Lisergida. |
| Ciptoheptadina. | Salbutamol. | |
| Anticolinesterasa | Meclizina | |

H. INSTRUMENTOS PRINCIPALES PARA VALORAR LA DEPRESION.

La evaluación de la depresión en el anciano se dirige hacia dos objetivos fundamentales:

1) De acuerdo con Fernández- Ballesteros (1992), el primer objetivo de la evaluación del anciano consiste en distinguir entre duelo, síntomas depresivos transitorios y depresión patológica. Para conseguirlo, el proceso deberá seguir los pasos siguientes [5] :

- a) juicio clínico (toma de decisiones diagnóstica basada en la experiencia clínica).
- b) Contrastar con criterios diagnósticos del DSM-IV o CIE 10).
- c) Aproximación psicométrica que nos permita, a través de la utilización de escalas , clasificar a los pacientes y determinar cuantitativamente los distintos niveles patológicos mediante los puntos de corte correspondientes.
- d) Obtención de datos observables dentro del entorno natural. [5]

2) Estimar la gravedad de la depresión a través de la intensidad de sus síntomas.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, los factores que han impulsado su creación han sido también dos [5]:

1. La evaluación e investigación farmacológica, encaminada a lograr la máxima eficiencia en el menor tiempo posible, con el consiguiente beneficio para el paciente y ahorro de costes por tiempo de tratamiento, bajas laborales, hospitalizaciones etc. [5]
2. Los estudios de epidemiología, necesarios para la planificación de la asistencia y prevención de los trastornos depresivos.

Aunque en un principio los instrumentos de evaluación para mayores eran muy escasos o inespecíficos, han ido aumentando según el incremento porcentual del grupo etario en el conjunto poblacional, especialmente en los países mas desarrollados. En cualquier caso, e l esquema evaluativo es idéntico que para el grupo de adultos más jóvenes, estos son [5]:

- a) Entrevistas.
- b) escalas de evaluación conductual.
 - auto aplicativas
 - heteroaplicativas
- c) Listas de adjetivos.
- d) Observación conductual.

- e) Manuales de criterios diagnósticos (DSM. CIE, RDC).[5]

Aspectos generales de la entrevista:

- a) Favorece la comunicación y facilita la relación terapéutica.
- b) Reduce la carga de ansiedad.
- c) Respetar su ritmo. [5]
- d) El terapeuta debe convertirse en un reforzante.
- e) Deben evaluarse las expectativas y la experiencia previa respecto al problema, así como la relación terapéutica.
- f) Hay que hablar con claridad.
- g) No hay que minimizar la importancia del problema.
- h) Se debe controlar la actitud propia hacia la vejez, el problema y los trastornos afectivos. [5]
- i) Hay que desarrollar conductas de proximidad, aumentando la confianza del paciente y reduciendo las posibles actitudes de precaución.
- j) Programa la intervención y el tratamiento.
- k) Logra un acuerdo terapéutico.
- l) Evalúa las condiciones para la terapia y prepararla bien, creando las condiciones necesarias para el sujeto. [5]

A continuación se expone la clasificación y descripción de los instrumentos mas utilizados para la evaluación de la depresión en los ancianos, exceptuando los manuales de criterios diagnósticos.

Auto informes.

Son bastante útiles para la evaluación de la depresión, aunque ofrezcan medidas subjetivas de la sintomatología depresiva. De hecho, son los más empleados para la evaluación de ancianos depresivos. Dentro de este tipo de escalas no todos han sido contruidos específicamente para ancianos, por lo que citaremos únicamente las de mayor validez para este grupo poblacional. [5]

a) BDI. Inventario de Depresión de Beck (Beck 1961) El BDI es uno de los inventarios de autoregistro mas frecuentemente empleados en la evaluación de trastornos depresivos. La versión original cuenta de 21 ítems con 4 ó 5 alternativas de respuesta, graduadas de 0 a 3, para las manifestaciones conductuales, fisiológicas y cognitivas. Presenta ciertas dificultades de administración, por requerir un nivel cultural medio (hay que elegir entre 4 o 5 opciones de respuesta) y por incluir elementos somáticos que dificultan la distinción entre problemas de salud y causas afectivas(Gallagher, 1986). El punto de corte se sitúa en 17 puntos. Existe una versión abreviada de 15 ítems (Beck 1972) que presenta una buena correlación con la forma extensa (Beck 1974). Hay una versión adaptada al español, realizada por Conde , Esteban y Useros (1974,1976), así como otra validación y baremacion española de 19 ítems realizada por Montorio(1990), con una muestra de ancianos institucionalizados.[5]

INVENTARIO DE BECK et al. PARA LA DEPRESION (1961).

| No. | RESPUESTAS | |
|-----|---|--|
| 1 | Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos | |
| | Ya no puedo soportar esta pena. | |
| | Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar. | |
| 2 | Me siento desanimado cuando pienso en el futuro. | |
| | Creo que nunca me recuperare de mis penas. | |
| | No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal | |
| | No espero nada bueno de la vida. | |
| 3 | No espero nada, esto no tiene remedio. | |
| | He fracasado como persona (padre marido, hijo, profesionista.) | |
| | He tenido mas fracasos que la mayoría de la gente. | |
| | Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena. | |
| 4 | No me considero fracasado. | |
| | Veo mi vida llena de fracasos. | |
| | Ya nada me llena. | |
| | Me encuentro insatisfecho conmigo mismo. | |
| | Ya no me divierte lo que antes me divertía. | |
| 5 | No estoy especialmente insatisfecho. | |
| | Estoy harto de todo. | |
| | A veces me siento despreciable y mala persona | |
| | Me siento bastante culpable. | |
| | Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable. | |
| 6 | Estoy descontento conmigo mismo. | |
| | No me aprecio | |
| | Me odio(me desprecio) | |
| | Estoy asqueado de mi. | |
| | Estoy satisfecho de mi mismo. | |
| 7 | No creo ser peor que otros . | |
| | Me acuso a mi mismo de todo lo que me ocurre. | |
| | Siento que tengo muchos y muy graves defectos. | |
| | Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores. | |
| | Me siento culpable de todo lo malo que ocurre. | |
| 8 | Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo. | |
| | Siento que estaría mejor muerto. | |
| | Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera | |
| | No tengo pensamientos de hacerme daño. | |
| | Tengo planes decididos de suicidarme. | |

| No. | RESPUESTAS | |
|-----|--|--|
| 9 | No lloro mas de lo habitual | |
| | Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriendo. | |
| | Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo. | |
| | Ahora lloro más de lo normal. | |
| 10 | No estoy mas irritable que normalmente | |
| | Me irrito con más facilidad que antes. | |
| | Me siento irritado todo el tiempo. | |
| | Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba. | |
| 11 | He perdido todo mi interés por los demás y no me importa en lo absoluto. | |
| | Me intereso por la gente menos que antes. | |
| | No he perdido mi interés por los demás. | |
| | He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos. | |
| 12 | Ahora estoy inseguro de mi mismos y procuro eviat el tomar decisiones. | |
| | Tomo mis decisiones como siempre. | |
| | Ya no puedo tomar decisiones en absoluto | |
| | Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda. | |
| 13 | Puedo trabajar tan bien como antes. | |
| | Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa. | |
| | No puedo trabajar en nada | |
| | Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo. | |
| | No trabajo tan bien como lo hacia antes. | |
| 14 | Duermo tan bien como antes. | |
| | Me despierto mas cansado por las mañanas. | |
| | Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir. | |
| | Tardo uno o dos horas en dormirme por la noche. | |
| | Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volverme a dormir. | |
| | Me despierto temprano todos los días y no duermo mas de 5 horas. | |
| | Tardo mas de dos horas en dormir y no duermo mas de 5 horas . | |
| | No logro dormir más de 3 ó 4 horas. | |
| 15 | Me canso más fácilmente que antes. | |
| | Cualquier cosa que hago me fatiga. | |
| | No me canso mas de lo normal. | |
| | Me canso tanto que no puede hacer nada. | |

| | | |
|----|--|--|
| 16 | No me canso mas de lo normal. | |
| | He perdido totalmente el apetito | |
| | Mi apetito no es tan bueno como antes. | |
| | Mi apetito ahora es mucho mejor. | |
| | Tengo el mismo apetito de siempre. | |
| | No he perdido peso últimamente. | |
| 17 | He perdido más de 2 kilos y medio. | |
| | He perdido más de 5 kilos. | |
| | He perdido más de 7 kilos. | |
| | Estoy tan preocupada por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas. | |
| 18 | Estoy preocupado por dolores y trastornos. | |
| | No me preocupa mi salud más de lo normal. | |
| | Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro. | |
| 19 | Estoy menos interesado por sexo que antes. | |
| | He perdido todo el interés por el sexo | |
| | Apenas me siento atraído sexualmente. | |
| | No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.- | |

b) GDS (escala de depresión geriátrica)(Brink, Yesavage et al , 1982), 1993). Es hasta el momento, el único auto informe construido específicamente para mayores. De contestación dicotómica (Si/No), consta de 30 ítems, siendo su puntuación máxima de 30. Los autores sugirieron que la puntuación normal debía situarse entre 0 y 10, con el punto de corte en 11.las puntuaciones de 11 a 14 reflejan una depresión moderada y de 15 a 30 una depresión severa. Su principal ventaja es que no contiene ítems somáticos, por lo que no se mezclan los síntomas físicos con los depresivos. Según un trabajo de Montorio (1994) sobre los numerosos estudios realizados de la escala, las ventajas se pueden resumir en que:

- No parece medir estados de humor pasajeros. [5]
- No se ha encontrado relación entre la “deseabilidad social” y la puntuación alcanzada.
- Las diferentes instrucciones que pueden darse para su complementación no alteran de forma significativa los resultados.

Actualmente la escala original tiene varias versiones:

Una de 30 ítems adaptada por Izal y Montorio (1993) para la población española. [5]

Otra reducida de 15 ítems (shejk, Yesavage y González, 1988).

Un versión de 8 ítems (mini GDS) realizada por Buz (1996), Para la evaluación de ancianos institucionalizados.

Los puntos de corte para la versión completa (30 ítems) son de 11 y 14(con un 80-84% de especificidad). En la versión reducida (15 ítems) la puntuación de 6-9 se interpreta como depresión leve y la superior a 10 como depresión establecida. [5]

El diagnostico precoz de la depresión geriátrica es deseable cuando se usan instrumentos validos y confiables; por ejemplo, la EDG o la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D) son recomendables.

Determinar si un anciano esta deprimido muchas veces es un reto y la EDG es un instrumento centrado en los aspectos afectivos de la enfermedad. La EDG de Yesavage ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en el anciano. La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es auto administrado, fácil de contestar, y fue creado par la población de adultos mayores, Es un cuestionario cuya versión original contiene 30 ítems que evalúan síntomas específicos de la depresión geriátrica. Tiene una especificidad de 95% y una sensibilidad del 84%.Sin embargo el uso de EDG en personas con problemas cognoscitivos la sensibilidad y la especificidad son muy inferiores. [5]

La EDG ha sido validada en el idioma español y se han desarrollado versiones más cortas (15 preguntas) y ultra cortas (de 1, 4 y 5 preguntas).

El estudio de Martínez de la Iglesia reporta una sensibilidad y especificidad del 81 y 73.2% en la versión de 5 preguntas, 73.3% y 77.7% para la versión de 4 preguntas y 71.1 y 74.1% respectivamente cuando se aplicaba una pregunta; todas estas versiones en sus versiones en español. [7]

Estos instrumentos ultracortos presentan una correlación de buena a fuerte con la versión de 15 preguntas: 0.86 para las 5 preguntas, 0.80 para las 4 preguntas, y 0.67 para 1 pregunta. Sin embargo, los resultados de validez en otros idiomas han sido variables, tal vez por diferencias en la metodología. En la actualidad, las versiones de 15 y 30 preguntas son las más utilizadas. [7]

Finalmente, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) ha resultado ser un instrumento útil para la detección de depresión en los estudios poblacionales. Esta escala que cuenta con 20 reactivos (y un puntaje de 0 a 60) integra diversos componentes de la depresión, especialmente afectivo. Sin embargo al igual que la mayoría de instrumentos que evalúan la depresión, el CES-D fue creado antes de la divulgación de los criterios diagnósticos que actualmente son aceptados internacionalmente como la décima Clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) o el DSM IV –TR en su cuarta versión revisada. Por lo tanto, ni la EDG ni el CES-D cubren sistemáticamente todos los signos y síntomas de la depresión según los criterios vigentes. [7]

**GDS VERSION EN ESPAÑOL (BRINK Y YESAVAGE, 1982.
VERSIÓN NORMAL. (30 ITEMS)**

| | | | |
|----|---|----|----|
| 1 | ¿Esta satisfecho con su vida en general? | Si | No |
| 2 | ¿ha perdido muchas de sus actividades | Si | No |
| 3 | ¿Siente su vida vacía? | Si | No |
| 4 | ¿Se aburre a menudo? | Si | No |
| 5 | ¿Tiene esperanza en el futuro? | Si | No |
| 6 | ¿Esta preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza? | Si | No |
| 7 | ¿Se encuentra alegre? | Si | No |
| 8 | ¿Tiene miedo de que le pase algo? | Si | No |
| 9 | ¿Esta preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza? | Si | No |
| 10 | ¿Se siente a menudo desamparado? | Si | No |
| 11 | ¿Se encuentra con frecuencia inquieto nervioso? | Si | No |
| 12 | ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas? | Si | No |
| 13 | ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro? | Si | No |
| 14 | ¿Le parece que tiene mas problemas de memoria? | Si | No |
| 15 | ¿Cree que es estupendo estar vivo? | Si | No |
| 16 | ¿Se siente a menudo desanimado y triste? | Si | No |
| 17 | ¿Se siente inútil actualmente? | Si | No |
| 18 | ¿Le preocupa mucho el pasado? | Si | No |
| 19 | ¿Le parece que la vida es apasionante? | Si | No |
| 20 | ¿le cuesta mucho trabajo empezar nuevos proyectos? | Si | No |
| 21 | ¿Se siente lleno de energía? | Si | No |
| 22 | ¿Siente que su situación es desesperada? | Si | No |
| 23 | ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted? | Si | No |
| 24 | ¿Suele preocuparse por pequeñeces? | Si | No |
| 25 | ¿Siente ganas de llorar a menudo? | Si | No |
| 26 | ¿Tiene dificultad para concentrarse? | Si | No |
| 27 | ¿Le gusta levantarse por las mañanas? | Si | No |
| 28 | ¿Prefiere evitar las relaciones sociales? | Si | No |
| 29 | ¿Le resulta fácil tomar decisiones? | Si | No |
| 30 | ¿Cree que su mente esta tan clara como antes? | Si | No |

**GDS VERSION EN ESPAÑOL (BRINK Y YESAVAGE, 1988
 VERSIÓN REDUCIDA (15 ITEMS)**

| ÍTEM | ELIJA SI O NO SEGÚN SE HAYA SENTIDO EN LAS ULTIMAS SEMANAS | SI | NO |
|--------------------------|--|-----------|----|
| 1 | ¿Esta satisfecho con su vida? | 0 | 1 |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades? | 1 | 0 |
| 3 | ¿Siente que su vida esta vacía? | 1 | 0 |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | 1 | 0 |
| 5 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | 0 | 1 |
| 6 | ¿Tiene miedo de que le pase algo? | 1 | 0 |
| 7 | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | 0 | 1 |
| 8 | ¿Se siente a menudo abandonado? | 1 | 0 |
| 9 | ¿Prefiere quedarse encasa que salir? | 1 | 0 |
| 10 | ¿Le parece tener más problemas de memoria que los demás? | 1 | 0 |
| 11 | ¿piensa que es maravilloso vivir | 0 | 1 |
| 12 | ¿Le cuesta mucho esfuerzo empezar nuevos proyectos? | 1 | 0 |
| 13 | ¿Se siente lleno de energía? | 0 | 1 |
| 14 | ¿Siente que su situación es desesperada? | 1 | 0 |
| 15 | ¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted? | 1 | 0 |
| PUNTUACION MAXIMA | | 15 | |

Interpretación:

- Punto de corte = puntuación igual o mayor a 6.
- 0 a 5 = normal.
- 6 a 10 = depresión leve.
- Mayor de 10 = depresión severa.

c) HRSD (Hamilton. 1967) la escala fue diseñada para la valoración de la depresión en todo el intervalo de edades de la población adulta. Algunos se refieren a ella como “escala de observación conductual”, mientras otros hablan de “entrevista estructurada”. Donde parece haber acuerdo unánime es en que se puede utilizar también como auto informe. como inconveniente tiene el no ser específica para ancianos (se precisa con frecuencia la presencia de un familiar o cuidador) y el poner mas énfasis en los aspectos físicos. [5]

2.- Auto registros y observación.

Ambas son técnicas conductuales para evaluar la depresión, complementándose con frecuencia. La base de ambas técnicas se describe a continuación:

a) Auto registros: partiendo de la teoría cognitiva sobre la depresión de de Beck (1967), su objetivo es identificar los pensamientos automáticos que, habitualmente, el paciente no considera como factores importantes en el origen y mantenimiento de su depresión. No suelen registrarse las conductas problema, como el llanto y las lamentaciones, ya que podrían aumentar la consciencia sobre el problema y los síntomas, sino los pensamientos negativos del sujeto. La operativa usual consiste en que el paciente registra diariamente el momento y la situación en que se producen los pensamientos, la emoción, los pensamientos automáticos precedentes a la emoción, los pensamientos alternativos y el tipo de error cometido, según la teoría de Beck. Es muy conveniente que esta técnica se complemente con la observación, ya que no siempre se puede obtener una fiabilidad aceptable de los registros, bien por el nivel cultural del paciente, bien por la necesidad del entrenamiento previo que puede dilatar el proceso terapéutico. Aunque, como es evidente, no es una técnica específica para ancianos, conviene citarla por la diferencia metodológica respecto a las escalas. [2]

b) Observación: en este caso sí podemos considerar la técnica como muy adecuada para los mayores. Su principal ventaja es que no se ve afectada por los inconvenientes de los otros instrumentos de evaluación :

- Dificultad terminológica.
- Ítems somáticos.
- Problemas de comprensión sobre las alternativas o forma de respuesta.
- Subjetividad en las respuestas, etc. [2]

La aplicación de la técnica suele realizarla el terapeuta, pero pueden intervenir otras personas como cuidadores y/o familiares, que deberán recibir el entrenamiento previo necesario.

Además de los instrumentos descritos, clásicos en la evaluación de la depresión en el anciano, existen otras escalas, adaptadas al español, que miden la salud mental del anciano en situaciones de duelo, hospitalización, incapacidad, etc. Entre ellas figuran el inventario de experiencias de duelo (EID), el índice de bienestar psicológico (GWB), el Cuestionario de incapacidad de Sheehan (DISS) y la escala de ansiedad y depresión del hospital (HAD). Podemos obtener más información sobre todas en Badía, Salamero y Alonso (1999) [2]

I).CONSECUENCIAS DE LA DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR.

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tiene un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios. [7]

La depresión del adulto mayor se asocia a pérdida de peso, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, osteoporosis, y mala auto percepción de la salud. Los mecanismos de estas asociaciones no son claros aunque, por ejemplo, es conocida la relación entre las emociones y la progresión de las enfermedades autoinmunes, quizá, debida a cambios de naturaleza cuantitativa y cualitativa del sistema inmunitario. [7]

Existen similitudes entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad porque ambos se han asociado al proceso inflamatorio inducido por las citocinas. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad en el que los ancianos parecen incapaces de resistir a las agresiones externas, tales como cambios del medio ambiente, infecciones o alguna cirugía. Dichas agresiones pueden provocar una caída el espiral del estado general del individuo y meterlo en un círculo vicioso del cual, al adulto mayor, le es difícil salir y lograr su restablecimiento y el regreso a su estado de salud anterior. La depresión por lo tanto esta asociada a la definición de fragilidad propuesta por Freíd y colaboradores. , la cual define la fragilidad como un síndrome biológico, producto de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés que, además, incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de resultados negativos como son la progresión de una enfermedad, las caídas y la discapacidad o la muerte prematura. El agotamiento, la pérdida de peso, el enlentecimiento y la disminución de las actividades son características tanto de depresión del anciano como la fragilidad. Por ejemplo, las personas con un puntaje elevado en el EDG presentan altos niveles de interleucina-6 en comparación con quienes tienen un resultado normal; este hallazgo refleja una actividad inflamatoria elevada en los primeros. [7]

Los síntomas depresivos han sido igualmente asociados al deterioro de la función cognoscitiva y, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder a la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. [7]

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que esta no busque la atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. [7]

Se está investigando el papel del proceso biológico de la depresión sobre la discapacidad. En estudios transversales y longitudinales, se ha demostrado que los adultos mayores deprimidos o con síntomas depresivos, tanto las personas de la comunidad como los ancianos frágiles, tienen mayor discapacidad física y social. El impacto de la depresión en las capacidades físicas puede ser similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades crónicas. El efecto es más grave cuando los síntomas depresivos se conjugan con otra enfermedad crónica, la demencia, una pobre red social, poca autosatisfacción y el sentimiento de soledad. Pennix y colaboradores informaron que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad para las actividades de la vida diaria (76%) y la movilidad (73%) en un periodo de 6 años. De la misma manera, la depresión ligera o la depresión sin tristeza se asocia al desarrollo de discapacidades, incluso en los ancianos altamente funcionales o que alcanzaron un envejecimiento exitoso. [7]

De manera inversa, la discapacidad es también un factor de riesgo para la depresión que favorece la acumulación de eventos negativos en la vida, la disminución en las actividades sociales y de ocio así como al aislamiento. La depresión puede también tener un impacto negativo en la composición corporal. La depresión mayor o la distimia se asocian con una menor densidad ósea en los varones jóvenes, y en las personas obesas. Se asocian también a una mortalidad más elevada. [7]

Revisando 61 publicaciones, se encontró en el 72% una asociación positiva entre depresión y mortalidad de los ancianos. Con el seguimiento a cinco años, otro estudio mostro que el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos. Además, la severidad de la sintomatología depresiva predice la mortalidad. La asociación de la depresión con el suicidio esta bien establecida [7]

La frecuencia de suicidio en los mayores de 65 años en los estados unidos fue de 16.9/100000 en el año 1998, mientras que, en 1999, fue de 18.5/10000 personas en Quebec. Preville y colaboradores señalan que el 42 % de los caso de suicidio en esa provincia canadiense tuvieron alguna enfermedad psiquiátrica según los criterios del DSM, principalmente depresión y, cuando se incluyen los síntomas depresivos, la proporción asciende a 65.3%. La gran subestimación de la depresión geriátrica se refleja en el 53.3 % de personas ancianas que se suicidaron apenas dos semanas después de haber acudido a su medico manifestando otros problemas que depresión. [7]

Finalmente, múltiples cambios corporales asociados con el envejecimiento recomiendan un abordaje especial en el tratamiento de la depresión geriátrica. La menor eliminación de los medicamentos, el aumento del tejido adiposo, la disminución del volumen intravascular y de la unión de los medicamentos con las proteínas plasmáticas se traducen en concentraciones sanguíneas superiores de ciertos medicamentos que no se ven en el adulto joven. Otros cambios aumentan la incidencia de efectos adversos tales como pérdida de neuronas en la sustancia nigra que predispone a los efectos parkinsonianos de los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina. [7]

J).TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.

La enfermedad depresiva en el anciano es el trastorno emocional más frecuente entre los pacientes de edad avanzada, llegando a afectar al 15-25 % de los individuos con edad superior a 65 años.

Los objetivos del tratamiento son aliviar los síntomas depresivos y disminuir el riesgo de recaídas y recurrencias.

El objetivo último de la terapéutica farmacológica es conseguir la máxima eficacia con el menor riesgo de efectos adversos. Esta consideración adquiere especial importancia cuando el sujeto enfermo es un anciano y el fármaco pertenece al extenso grupo de los antidepresivos. [2]

Las dos principales precauciones son la mayor susceptibilidad a los efectos adverso (sobre todo cardiacos) y que la metabolización del fármaco es mas lenta. En tercer lugar el riesgo de interacción con otros fármacos ya que la polifarmacia en el anciano es habitual. Afectos prácticos, se recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de de la dosis normal y aumentar lentamente hasta conseguir efectos terapéuticos o efectos secundarios de difícil tolerancia. No hay que olvidar que encontraremos ancianos que solo precisen dosis pequeñas frente a otros en los que será necesario llegar alas dosis habituales en el adulto.

La mayor particularidad del anciano, en los que respecta a la terapéutica farmacológica, es su mayor predisposición a presentar reacciones adversas.

Esta característica se debe a tres razones fundamentales:

- Cambios fisiológicos.
- Enfermedades intercurrentes.
- Interacciones medicamentosas.[2]

Cambios fisiológicos en el anciano.

El anciano presenta una serie de alteraciones fisiológicas o patológicas que pueden modificar los efectos benéficos o tóxicos de cualquier medicamento.

1. Características del anciano que modifican la farmacocinética.

- Absorción: entre las diversas alteraciones en el anciano que pueden producir modificaciones en la absorción de algunos fármacos destacan: retraso en la velocidad del vaciamiento gástrico, aumento de pH por reducción de la secreción acida, reducción de la contractilidad y de la perfusión intestinal.

- Estas características producen, en general reducción de la velocidad de absorción del fármaco y, como consecuencia directa, concentraciones plasmáticas máximas inferiores a las esperadas. [2]
- Distribución: en el anciano existe una reducción del contenido de agua corporal total, con cierta redistribución. Esta reducida la masa muscular de forma preferente sobre el tejido adiposo, que proporcionalmente se encuentra incrementado. Además, existen alteraciones en la composición de las proteínas plasmáticas, con reducción de la albumina (a la que se unen los fármacos ácidos) y aumento de alfa 1 glicoproteína (los fármacos básicos). Por último existe reducción la perfusión tisular. [2]

Aparentemente en esta situación, los fármacos liposolubles, entre los que se encuentran los antidepresivos tricíclicos, son captados por los tejidos con mayor avidéz, elevándose el volumen de distribución. Los fármacos con alta extracción hepática pueden alcanzar elevadas concentraciones plasmáticas en el anciano, al reducirse su aclaramiento. La baja perfusión tisular puede prolongar el tiempo empleado en transportar el fármaco a los tejidos y puede dilatar el tiempo que se tarda en alcanzar la concentración máxima plasmática. Resulta importante detallar que las alteraciones del volumen de agua corporal pueden modificar de forma importante la velocidad de eliminación de un fármaco. La elevación de este parámetro produce un notable enlentecimiento de la velocidad de eliminación del fármaco, con la consiguiente acumulación, a menos que se incrementa el intervalo de administración. La reducción del volumen de distribución produce consecuencias opuestas. [2]

- Eliminación. La eliminación de fármacos del organismo se realiza fundamentalmente por dos vías: renal y hepática. Los fármacos solubles agua se elimina fundamentalmente a través del riñón, produciéndose su acumulación en pacientes con insuficiencia renal siempre que sea eliminado por esta vía al menos 60% del fármaco. El flujo plasmático renal disminuye un 1% cada año después de los 50 años, originando una reducción de la filtración glomerular (6-10% cada década), además de una reducción de de la función de los túbulos renales. [2]

El hígado sufre numerosas cambios fisiológicos y anatómicos con la edad que alteran el metabolismo de los fármacos: el flujo hepático disminuye entre el 0.5% y el 1.5 % cada año después de los 25, lo que quiere decir que a los 65 años ha descendido en un 40-45 %. También se observa una considerable reducción de la masa total o volumen hepático. Otro dato importante es la menor propensión del individuo

anciano a sufrir inducción enzimática del metabolismo de los fármacos por interacción con otros compuestos. [12]

2. Características del anciano que modifican la toxicidad de los fármacos.

Los ancianos presentan gran sensibilidad a los efectos farmacológicos de los fármacos y, por ello, existe un riesgo evidente de producir efectos secundarios severos y de graves consecuencias. En cualquier caso, conviene recordar la falta de regulación del sistema vascular con el riesgo constante de hipotensión arterial, la tendencia a las alteraciones prostáticas en el varón, alteraciones del ritmo disposicional, cardioesclerosis y arritmias cardíacas, hipersensibilidad del SNC a modificaciones bruscas, etc.[12]

TERAPIAS BIOLÓGICAS.

Antidepresivos tricíclicos. (ADT)

Desde la introducción de la imipramina, los antidepresivos tricíclicos han sido la piedra angular del tratamiento farmacológico de la depresión hasta fechas recientes. Desde su generalización, se ha considerado igualmente efectivos, basándose la elección de uno u otro en los efectos secundarios que presentan, siendo las aminas terciarias (amitriptilina, imipramina, clomipramina) las que presentan un mayor potencial de efectos secundarios. Por esta razón, las aminas secundarias (nortriptilina, desipramina) se consideran como la mejor elección para el tratamiento de la depresión en ancianos dentro de los antidepresivos tricíclicos [6].

Los ADT actúan bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina en la terminal pre sináptica. También actúan bloqueando los receptores postsinápticos colinérgicos muscarínicos, los receptores H1 y H2 de histamina y los alfa 1 y alfa 2 adrenérgicos. [6]

Las acciones noradrenérgicas y anti colinérgicas son particularmente problemáticas en el anciano. Los síntomas anti colinérgicos afectan tanto el compartimento periférico como el central. Los síntomas periféricos (visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, taquicardia exacerbación del glaucoma) aparecen en un paciente en el que las funciones gastrointestinales genitourinarias y la visión están comprometidas como resultado de la edad. Potencialmente más peligrosos, aunque menos frecuentes ,

Son los efectos anti colinérgicos centrales : desorientación , confusión , agitación , intranquilidad, que pueden progresar a delirio con paranoia , convulsiones, e incluso muerte. Los efectos anti colinérgicos centrales severos solo ocurren cuando se administran de forma asociada otros fármacos anti colinérgicos. Considerando la prolongada vida media de estos fármacos en el anciano, será preciso que transcurra al menos una semana para que estos efectos desaparezcan una vez suspendido el fármaco. [6]

La cardiotoxicidad representa la complicación más importante de los antidepresivos tricíclicos. Es especialmente relevante en el paciente anciano afecto de enfermedad del aparato cardiovascular. Resulta aconsejable, realizar un electrocardiograma antes de iniciar un tratamiento con antidepresivos tricíclicos y siempre que el paciente en tratamiento presente alguna anomalía cardíaca, ya que el complejo QRS es el índice más precoz de toxicidad cardíaca. Los antidepresivos tricíclicos presentan una acción similar a la quinidina en la conducción cardíaca, como consecuencia de la acción estabilizadora de las membranas, lo cual enlentece la conducción pudiendo producir arritmias con bloqueo cardíaco. [6]

La acción bloqueante de los receptores alfa-adrenérgicos produce uno de los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos tricíclicos: la hipotensión ortostática. Este cuadro puede ser gravemente incapacitante o de gran riesgo en los ancianos si se considera que el bloqueo de los receptores histaminérgicos causa sedación y esta, junto con la hipotensión ortostática, puede dar lugar a caídas en pacientes especialmente predispuestos a fracturas. Los efectos adversos cardiovasculares, al igual que casi todos los efectos adversos, se correlacionan con los niveles plasmáticos de estos fármacos, lo cual es particularmente importante en el paciente anciano, en el que fármacos alcanzan concentraciones plasmáticas elevadas. Además, existe un factor sobreañadido que explica en parte, la toxicidad de los antidepresivos en los ancianos. Los metabolitos hidroxilados resultantes del metabolismo hepático de estos fármacos son farmacológicamente activos y algunos potencialmente cardiotoxicos, excretándose por vía renal en un paciente que presenta cierto grado de disfunción renal. [6]

Por tanto, es posible que aparezcan síntomas de toxicidad con niveles plasmáticos dentro del rango terapéutico. Aunque los antidepresivos tricíclicos modifican poco los parámetros farmacocinéticos de otros fármacos, su metabolismo puede ser alterado por otros fármacos que interactúan con el citocromo P450. Los fármacos que inducen la actividad enzimática, aumentan la velocidad de aclaramiento hepático y , por tanto, reducen sus niveles plasmáticos,, incluso por debajo de los requeridos para obtener eficacia clínica . Al contrario, los fármacos que inhiben el

isoenzimas P4502D6 enlentecen el metabolismo e incrementan los niveles plasmáticos, pudiendo producir efectos tóxicos. [6]

Las aminas secundarias (desipramina, nortriptilina) producen menor incidencia de efectos secundarios que las aminas terciarias y, por tanto, pueden ser más adecuados en el tratamiento farmacológico de la depresión en el anciano. La elección se basa en la menor incidencia y severidad de los efectos secundarios. Desipramina es el fármaco que produce menor incidencia de hipotensión ortostática. [6]

Nortriptilina.

Segura en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva y bajo riesgo de alteración en la conducción cardíaca. Muchos autores creen que es el fármaco de primera elección dentro del grupo de los ADT.

Desipramina.

Su acción en noradrenérgica prácticamente pura. Mayor riesgo que la nortriptilina de prolongación de la conducción cardíaca. [6]

Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) actúan aumentándola concentración en el espacio sináptico de noradrenalina, serotonina y dopamina, al bloquear la enzima oxidativos que las degrada.

Al igual que los antidepresivos tricíclicos, la utilización de IMAO para el tratamiento de la depresión esté limitada por los efectos secundarios, entre los cuales la hipotensión ortostática es el más común y también el más incapacitante. La hipertensión arterial es menos frecuente, aunque es importante recordar que las restricciones dietéticas de alimentos ricos en tiramina son necesarias para evitar la aparición de crisis hipertensivas. [6]

La aparición de estos efectos adversos es más gradual que con los tricíclicos y ocurre a dosis terapéuticas. También con estos fármacos los efectos secundarios son más frecuentes en el paciente anciano que en el joven.

Fenelzin es un IMAO bien tolerado al no causar efectos anti colinérgicos, cardíacos, ni tampoco una excesiva sedación. Desgraciadamente, la hipotensión ortostática es un serio problema.

Tranilcipromina.

Ligeramente estimulante. Puede provocar insomnio. [6]

Inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina.(ISRS):

- ***fluoxetina.*** Tiene un efecto psicoestimulante. Es el ISRS con vida media más larga, 48 hrs tras la primera dosis, cifra que se alarga considerablemente, por inhibición de su propio metabolismo, tras varios días de administración, hasta alcanzar 96-114 horas. Su metabolito más importante, norfluoxetina, que también es activo, presenta una vida media de 7 -15 días. En el paciente anciano, se ha descrito un aumento de la vida media de eliminación del 78%, en el tratamiento a largo plazo, debido probablemente a un enlentecimiento en su eliminación generado por dificultades en el metabolismo hepático. [2]
- ***Paroxetina.*** Es menos activadora que la fluoxetina o la sertralina. No tiene metabolitos activos. Puede presentar efectos anti colinérgicos aunque habitualmente bien tolerados. Las concentraciones iniciales se pueden elevar hasta 6 o 14 veces cuando se administra durante periodos prolongados, ya que este fármaco también inhibe su propio metabolismo. En el paciente anciano, el metabolismo hepático enlentecido incrementa la semivida de eliminación de paroxetina en un 70%. [2]

Paroxetina y fluoxetina presentan unos niveles plasmáticos en el anciano que son 3,5 y 24 veces más altos, respectivamente, que los de sertralina, cuando se usa la dosis recomendada para cada uno de los fármacos. [2]

Paroxetina y fluoxetina presentan una farmacocinética no lineal. Además, la velocidad con que ambos fármacos son eliminados del organismo se prolonga de forma importante con la edad, produciéndose un aumento de las concentraciones plasmáticas y de la AUC en pacientes con edad avanzada. [2]

Estas características obligan a utilizar estos fármacos en el paciente anciano con precaución. [2]

Sertralina. Presenta farmacocinética lineal, por lo que sus concentraciones plasmáticas aumentan proporcionalmente al incremento de la dosis, por ello no requiere ajustes de dosis en el anciano. Es también un inhibidor de la recapturación de la dopamina relativamente potente e al menos in vitro, por lo que es ligeramente estimulante. En ancianos el aclaramiento es aproximadamente un 40% menor que en el paciente joven, situándose la semivida de eliminación en torno a las 36 horas. Esta elevación no justifica el ajuste de la posología de este fármaco en ancianos. Su metabolito activo, la desmetilsertralina, tiene una vida media de 66 horas. [2]

Fluvoxamina.

Presenta una farmacocinética lineal , con una vida media entre 19- 22 horas cuando se administran dosis comprendidas entre 25 y 100mg diarios , a partir de las cuales se pierde la linealidad con probable situación del metabolismo hepático de estos fármacos. No tiene metabolitos activos. [2]

Citalopram. Su vida media es de unas 33 horas y es el ISRS que menos se fija a proteínas (50%). No presenta metabolitos de acción significativa. Las concentraciones en el anciano pueden elevarse hasta un 400% respecto de las alcanzadas en el adulto joven. Es el ISRS mas selectivo, inhibiendo solo levemente el citocromo P4502D6, por lo que es muy raro que presente interacciones con el citocromo P450 2D6, por lo que es muy raro que presente interacciones clínicamente significativamente con aquellos fármacos que se metabolizan por la vía oxidativa. [2]

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN).

Venlafaxina.

De forma similar a los ADT inhibe tanto la recaptación de la serotonina como de la noradrenalina, con escasa actividad respecto a la dopamina. A diferencia de los ADT carece de efectos relevantes sobre los receptores pre/postsinápticos de los neurotransmisores.

La O-desmetilvenlafaxina es un principal metabolito que también presenta acción inhibitoria sobre la recaptación de serotonina y noradrenalina similar a la de la venlafaxina. La vida media de es de unas 4 horas y de 10 horas para su metabolito. [2]

Inhibe el citocromo P450-2D6, pero en potencia inferior a los ISRS.

Los efectos secundarios son similares a los de los ISRS, siendo lo más frecuente mareo, cefalea, insomnio o somnolencia, sequedad de la boca, estreñimiento, diaforesis e inquietud. Riesgo de HTA a dosis altas (200mg/día).

Antagonistas 5HT2 e inhibidores de la recaptación de serotonina.

Nefazodona. Es estructuralmente similar a la trazadona (esta asociada a somnolencia, hipotensión y priapismo.) es menos sedante que la trazadona y aumenta el sueño REM (al contrario de que la mayoría de los antidepresivos que reducen la fase REM). [2]

Vida media de 2-4 horas. Cinética no lineal. Se une a proteínas plasmáticas en un 99%. Aumento de la concentración plasmática en ancianos. Su principal metabolito, la hidroxinefazodona, es también activo. Inhibe el citocromo P450 3 A4 que interviene en la metabolización del triazolam, el alprazolam, el cisapride, la terfinadina y el astemizol.

Sus efectos secundarios más frecuentes son: somnolencia, sequedad de boca, náuseas y mareos. [2]

Antagonistas selectivos de los receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos (NaSSA).

Mirtazapina.

Presenta una vida media de 20-40 horas. Solo tiene un metabolito activo (demetilmirtazapina) pero poco potente y en bajas concentraciones. No precisa ajuste de dosis en ancianos.

Carece de efecto sobre la recaptación de aminas. Es antagonista de los receptores alfa 2 y de los 5HT2 y 5HT3, así como de los H1 (acción sedante).

Los efectos secundarios más frecuentes son somnolencia, sedación, sequedad de boca y aumento del apetito y del peso. Se aconseja administración en dosis única (30mg) por la noche.

No presenta interacción con los fármacos que se metabolizan por el citocromo P450 o que inhiban este complejo enzimático. [2]

Litio:

En tratamiento aislado de la depresión, el litio es significativamente superior al placebo. Como efectos secundarios agudos pueden aparecer diarrea, náuseas, polidipsia leve, poliuria y temblor fino.

Antes de iniciar tratamiento con litio se recomienda practicar una exploración física y neurológica (agrandamiento del tiroides, disfunción renal y temblor), electrocardiograma (síndrome del nódulo sinusal) y laboratorio (Creatinina sérica, urea, electrolitos y hormonas tiroideas). [2]

Las dosis geriátricas del litio oscilan entre 75-900 mg/día. [2]

Psicoestimulantes.

Se prefiere el metilfenidato por sus menores efectos cardiovasculares. No es un antidepresivo, pero mejora la motivación, el interés y la capacidad de disfrute.

Preferiblemente tras desayuno y almuerzo para no disminuir el apetito ni el sueño. Puede provocar leves aumentos de la tensión arterial y de la frecuencia cardíaca, así como temblor ligero que es controlable con benzodiazepinas. Disminuyen su eficacia a los 40 días de tratamiento. Dosis diarias entre 5 y 20 mg. [2]

Terapia electroconvulsiva. (TEC)

Su indicación se restringe a los casos en los que – por mal estado general del paciente, dificultad en administrar psicofármacos fracasos con ensayos farmacológicos o urgencias psiquiátricas (intento suicidio)- se requiere una respuesta clínica rápida. La morbilidad y la mortalidad son muy bajas y por lo general están presentes en los casos con enfermedad cardíaca preexistente. Las contraindicaciones absolutas don las convencionales. [2]

La depresión en la vejes tiende a ser recurrente, a cronicante. Cerca de 80% de los pacientes que tienen un episodio depresivo pueden esperar una recurrencia. La recuperación es similar ala de los adultos jóvenes; sin embrago, la depresión de inicio tardío, relacionada con cambios cerebrales estructurales, puede hacer que la respuesta antidepressiva sea lenta y deficiente, y que probablemente se requiera tratamiento de por vida. [2]

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.

Comparado con los adultos jóvenes la psicoterapia del anciano ha de considerar tres aspectos del proceso de envejecimiento, que no se da en las etapas anteriores de la vida.

1) Afrontamiento de la pérdida de poder.

La pérdida de estatus social hace que el anciano luche por mantener el control de su vida, en línea con el modelo de indefensión aprendida de Seligman (1975), por lo que una de las principales funciones de terapeuta será la de ayudar al paciente a percibir su capacidad real de control. El conflicto que suele placentera, especialmente en residencias, es entre el grado de autonomía concedido al paciente y el hecho de hacerse cargo de su cuidado. [2]

2) Disminución de la capacidad de disfrutar con actividades placenteras.

Siguiendo con la teoría de Lewinsohon (1974), el anciano depresivo no se implica en actividades auto reforzadoras, por lo cual el trastorno se mantiene. A esto une la perspectiva estereotipada de la sociedad , que concibe la vejez como una etapa deficitaria, física y psíquicamente, lo que, al ser internalizado por el anciano , hace que sea necesario enseñarle a controlar su conducta , mediante aotorregistros de acontecimientos favorables y desfavorables, los cambios en el estado de animo que producen , etc. [2]

3) *Balance y revisión de la vida.*

Aunque no es un comportamiento exclusivo de la vejez (Butler, 1993), este punto se centra en el enfrentamiento del anciano con la búsqueda de un sentido lo que ha sido su vida. De no encontrar un sentido positivo, puede desarrollar la sintomatología depresiva. Erickson (1963) creó también un modelo según el cual el ser humano se desarrolla atravesando diferentes crisis, desde su infancia a la vejez. A la última crisis se le denomina “integridad versus desesperación “. En ella el anciano necesita encontrar un significado positivo y coherente a toda su experiencia vital. Knight (1986) critica este modelo, apuntando que es posible llegar a la vejez sin haber superado las crisis anteriores, con lo que pueden existir conflictos de autonomía o identidad procedentes de la infancia o adolescencia. En este supuesto, el terapeuta debería abordar, en primer lugar los conflictos previos a la crisis propia de la vejez. [2]

En su conjunto las técnicas psicoterapéuticas utilizadas en ancianos han mostrado su eficacia en la prevalencia de recaídas y recurrencias. Aunque resulte obvio, no hay que olvidar que las posibilidades de aplicación de las distintas técnicas dependerán, por un lado, del estado físico general del paciente y, por otro, de su estado cognitivo, nivel cultural, experiencias terapéuticas, etc. Hecha esta observación, vamos a describirlas técnicas más utilizadas. [8]

a) *Disminución en eventos desagradables e incremento de actividades placenteras.* (Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980).

La técnica consiste básicamente en enseñar a los mayores las habilidades necesarias para cambiar las conductas problemáticas, utilizando técnicas cognitivo-conductuales como entrenamiento en relajación, asertividad, planeación diaria de actividades, administración del tiempo, etc. [8]

b) *Terapia cognitivo conductual (Beck et al. 1979).*

La terapia cognitivo –conductual es un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayudas y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales que mantienen su sintomatología. La meta inmediata, denominada “terapia a corto plazo” consiste en modificar la predisposición sistemática del pensamiento a producir ciertos sesgos cognoscitivos (distorsiones cognitivas).

La meta final, denominada “terapia a largo plazo” consiste en modificar los supuestos cognitivos subyacentes que harían vulnerable al sujeto. [8]

El tratamiento conductual de la depresión está orientada a cambiar las contingencias que mantienen el estado de ánimo depresivo, pues es frecuente que el paciente no reciba reforzamiento ambiental, ni por las tareas que lleva a cabo, ni en sus relaciones interpersonales, comúnmente, el paciente no siente deseos de llevar a cabo actividades, por lo cual se establecen objetivos pequeños al principio que se transforman progresivamente en otros de mayor complejidad. [8]

Los procedimientos conductuales más utilizados incluyen:

- * Programación y ejecución de actividades graduales.
- * Reforzamiento de las pequeñas acciones realizadas.
- * Entrenamiento en resolución de problemas.
- * Aprendizaje de habilidades de afrontamiento para situaciones estresantes. [8]

A medida que el paciente percibe que tiene dominio de las actividades que realiza y que disfruta de las mismas, va recuperando la confianza en sí mismo. De este modo, se anima a llevar a cabo tareas que hace tiempo había abandonado tales como el ejercicio físico, hobbies, estudios, etc. [8]

Los datos básicos para la terapia cognitiva consisten principalmente en las cogniciones de los pacientes, fundamentalmente a partir de los pensamientos automáticos (Beck 1981). Los pensamientos automáticos se suelen recoger de tres fuentes principales: 1) informes orales del mismo paciente al expresar las cogniciones, emociones y conductas que experimenta entre las sesiones y referidos a determinadas áreas problemáticas. 2) los pensamientos, sentimientos y conductas experimentadas durante la terapia, y 3) el material introspectivo o de autoregistro escrito por el paciente como parte de las tareas terapéuticas asignadas entre las sesiones. [8]

Una vez recogido estos datos básicos, tanto el terapeuta como el paciente, pueden conceptualizarlos en 3 niveles de abstracción:

- a) El significado que el paciente da a su experiencia de los hechos pasados, relacionados con sus áreas problemáticas.
- b) Los significados dados por el paciente a su experiencia son agrupados por el terapeuta en patrones cognitivos. [8]

- c) Articular a modo de hipótesis los patrones cognitivos en significados personales o esquemas cognitivos subyacentes y tácitos. . Esta articulación permitirá formular el núcleo cognitivo a la base de los problemas del paciente y permitirá su contrastación empírica. [2]

Un estudio comprobó que la terapia cognitivo conductual era igual de eficaz que la imipramina (hollon, De Rubeis, Evans, Weimer, Garvey, Grove & Tuason, 1992) el estudio se interesaba igualmente en comprobar la eficacia del tratamiento combinado (psicológico y farmacológico), resultando que no fue mejor que cada uno de ellos por separado. En seguimiento de 18 meses, la recaída fue notablemente superior en el grupo de tratamiento farmacológico. [18]

c) *Modificación de hábitos cognitivos:*

- Inferencia orbitaria: el paciente extrae conclusiones sin evidencia empírica suficiente, o incluso con evidencia contraria.
- Abstracción selectiva: equivale a juzgar un hecho basándose en detalles poco relevantes, ignorando el conjunto de la situación o los detalles mas relevantes
- Sobre generalización : es la extracción de reglas generales a raíz de hechos o detalles concretos y se aplica a situaciones similares o diferentes
- Maximización de los déficits y minimización de las habilidades.
- Personalización: es la tendencia atribuir sucesos o conductas externas sin datos objetivos para la atribución.
- Pensamientos absolutistas y dicotómicos: implica categorizar con los 2 extremos, sin considerar puntos intermedios, atribuyéndose el polo negativo. [18]

d) *Terapia de reminiscencia (Butler, 1963).*

Como ya mencionamos, esta modalidad terapéutica se basa en el proceso de reactivación de recuerdos que produce en los ancianos la percepción de proximidad de la muerte. Consiste en repasar las experiencias vitales más significativas, tanto si han sido negativas como positivas, lo que permite un mejor conocimiento del paciente, facilitando el acercamiento emocional y la identificación de reforzadores. El terapeuta utiliza elementos facilitadores, que suelen ser objetos significativos(a escala individual o grupal) como películas, fotos, revistas o publicaciones de cierta época, cartas, objetos personales, colecciones. Prendas de vestir (de los niños, de los nietos, de la boda etc.), a la vez que controla las posibles reacciones emocionales negativas durante la

sesión. En las demencias su uso está limitado por el grado de deterioro cognitivo y las áreas de afectación. [8]

e) Psicoterapia interpersonal.

Su aplicación es frecuente en ancianos. Está diseñada para la clasificación y resolución de las dificultades interpersonales del paciente deprimido, a nivel de pareja, familiar, ocupacional, etc. La terapia aborda estas áreas, alteradas con frecuencia en los depresivos, manteniendo la hipótesis de que juegan un papel relevante en la etiología y persistencia del trastorno afectivo (Klerman y Weisman 1993). [8]

f) Terapia sintomática.

En ocasiones, la terapia debe dirigirse hacia los síntomas más dañinos, como puede ser el insomnio. Debemos tener en cuenta que un 80% de los pacientes con depresión mayor lo padecen y que además, el insomnio puede ser el primer síntoma de un estado depresivo. Clínicamente ya vimos que puede ser inicial, intermedio o terminal, aunque muchas veces es una combinación de todos. Por otro lado, disminuye la capacidad de atención y la energía del paciente, y por tanto su nivel funcional, lo que dificulta su intervención terapéutica. Los tratamientos más eficaces suelen basarse en la combinación de varias técnicas, como pueden ser [8]:

- formación progresiva en relajación.
- instrucciones para el control estímulos.
- Información sobre el proceso del sueño y apoyo.

Se debe tener especial cuidado en revisar el consumo de fármacos, los hábitos de sueño diurnos (siestas) y nocturno, las preocupaciones en torno a las horas de dormir, la realización de ejercicio físico durante el día (Dejando el margen de tiempo necesario antes de acostarse), etc. Según los estudios de Bootin y Engle-Fridman (1990), la eficacia de estas técnicas puede reducir significativamente la administración de fármacos para el insomnio. [8]

II.- PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial debido a que implica una mayor demanda de servicios de salud, pues este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad.[9]

La depresión en el adulto mayor ocurre en 5 a 10 % de los pacientes que reciben atención primaria, en 11% de los hospitalizados y en 12- 22% de la población general. En este grupo de edad, la depresión es causa de sufrimiento, deterioro funcional y pérdida de la calidad de vida en relación con la salud.[7]

En estudios longitudinales se ha comprobado que incluso la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios, falta de productividad debido a la enfermedad, ausentismo laboral o la muerte. [9]

El reto actual del médico familiar como conocedor del ciclo vital de la familia es **prevenir** la depresión en el adulto mayor mediante la intervención oportuna en las crisis para normativas, visualizando su personalidad, su dimensión familiar y las redes de apoyo con las que cuenta, además preservar la vida de los pacientes con calidad y cantidad, ya que esta patología interfiere en la evolución de enfermedades concomitantes.

Dado lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cual es la frecuencia de depresión en el adulto mayor que acude a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Chalco?

III.JUSTIFICACION.

La depresión es un estado de ánimo que afecta a millones de seres en todo el mundo. El riesgo de padecer un episodio depresivo es un periodo determinado es aproximadamente 1:2 para los hombres en relación a las mujeres y cerca del 20% de la población general presentara un episodio depresivo en el transcurso de su vida.[9]

La prevalencia de depresión en el anciano se reporta entre el 10-30% para depresión leve y del 3% para depresión mayor, y se ha señalado así mismos la incidencia de casos nuevos por año de un 1.32 % con afección mayor a mujeres que a hombres. [4]

En la clínica de Consulta Externa ISSEMYM Chalco actualmente se cuenta con una población de total de 18 650 derechohabientes, registrados, de los cuales 850 son mayores de 65 años representando el 4.7 % de la población. De ahí la importancia de prevenir oportunamente trastornos depresivos en este grupo de edad.

El medico familiar por ser el medico de primer contacto con los adultos mayores deberá ser capaz de identificar los factores de riesgo biológicos y psicosociales asociados a la depresión, lo que permitirá sentar las bases para el desarrollo de estrategias efectivas e incidir en la reducción de su frecuencia así como diagnosticar y tratar eficaz y oportunamente este padecimiento mejorando la calidad de vida de los pacientes.

IV. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Determinar la frecuencia de depresión en los pacientes mayores de 65 años que acuden a la Clínica de consulta Externa ISSEMYM Chalco.

Objetivos específicos:

1. Determinar el grado de depresión de acuerdo al sexo en los pacientes mayores de 65 años que acuden a la Clínica de Consulta Externa ISSEMYM Chalco, durante el periodo de enero a marzo de 2009.
2. Determinar en que sexo es mayor la frecuencia de depresión, en los pacientes mayores de 65 que acude a la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco.

V.HIPÓTESIS:

Los estudios exploratorios y descriptivos no requieren una hipótesis explícita, aunque siempre está implícita.

VI.- MATERIAL Y METODOS.

A) TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

B) DISEÑO DEL ESTUDIO

Población: Adultos mayores de 65 años derechohabientes a la clínica de consulta externa Chalco.

Lugar: en la clínica de consulta externa Chalco, ubicada en Avenida Mina y Tizapa Sin número. Colonia Centro, en Chalco estado de México.

Tiempo: Se realizo en el periodo de Enero a Marzo de 2009.

Muestra de estudio:

Se tomó en cuenta la población de adultos mayores de 65 años, derechohabientes de la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco, que son un total de 850 adultos mayores, se aplicó la escala de Yesavage mediante muestreo por cuota a los pacientes que acuden a la unidad en el periodo de enero a marzo 2009., previo a ello se aplico el test mini mental para descartar discapacidad en los adultos mayores.

ÍNDICES E INDICADORES

| VARIABLE (índice / indicador) | TIPO | DEFINICIÓN OPERACIONAL. | ESCALA DE MEDICIÓN. | CALIFICACIÓN | FUENTE (en forma genérica) | ANÁLISIS / CONTROL |
|-------------------------------------|---------|--|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| SEXO | INDEP. | CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS Y GENOTÍPICAS DE LOS INDIVIDUOS | NOMINAL | MASCULINO FEMENINO | CUESTIONARIO | PORCENTAJE |
| EDAD | INDEP. | TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL NACIMIENTO. | CUANTITATIVA DISCONTINUA | AÑOS | CUESTIONARIO | PORCENTAJE |
| SATISFACCION | INDEPE | CONTENTO, PLACER, GUSTO | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |
| RENUNCIA | INDEPE | DESISTIR DE UNA COSA | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 1 NO = 0 |
| VACIO | INDEPE. | FALTA, CARENCIA, AUSENCIA | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 1 NO = 0 |
| ABURRIDO | INDEP. | INCAPAZ DE DIVERTIR O DIVERTIRSE | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 1 NO = 0 |
| ANIMO | INDEP | VALOR, ENERGIA, VOLUNTAD INTENCION | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |
| FELICIDAD | INDEP | PLACER, SATISFACCION,GUSTO GRANDE | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |
| ABANDONO | INDEPE | DESCUIDO DE LOS INTERESES, LAS OBLIGACIONES | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 1 NO = 0 |
| MEMORIA | INDEP | FACULTAD DE CONSERVAR IDEAS ANTERIORMENTE ADQUIRIDAS | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |

| VARIABLE (índice / indicador) | TIPO | DEFINICIÓN OPERACIONAL. | ESCALA DE MEDICIÓN. | CALIFICACIÓN | FUENTE (en forma genérica) | ANÁLISIS / CONTROL |
|-------------------------------------|--------|---|------------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------|
| PROYECTO | INDEPE | PENSAMIENTO DE HACER ALGO,PERSPECTIVA | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI =0 NO = 1 |
| ENERGIA | INDEPE | FUERZA DE VOLUNTAD O DE CARACTER | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |
| DESEPERANZA | INDEPE | PERDIDA DE LA ESPERANZA DESALIENTO | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI =1 NO = 0 |
| MARAVILLOSO | INDEP | SORPRENDEnte, ADMIRABLE, ASOMBROSO. | NOMINAL | SI NO | CUESTIONARIO | SI = 0 NO = 1 |

C) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.

1.- Criterios de inclusión.

Derechohabientes que acuden a la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco, mayores de 65 años.

Ambos sexos.

Sepan leer y escribir, y sin discapacidades.

Que previamente hayan firmado el consentimiento informado

2.- Criterios de exclusión.

Pacientes diagnosticados y tratados por depresión

Derechohabientes que no firmen el consentimiento informado

Evaluación con Test mini-mental menor a 24 puntos.

3.-Criterios de eliminación:

Encuestas que estén incompletas o mal requisitadas.

D) INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Se aplica la escala de depresión geriátrica versión de 15 ítems (GDS-15) y mini mental.

E) METODO DE RECOLECCION DE DATOS.

Se realizó una capacitación de 3 días al personal de enfermería, responsables del programa de factor de riesgo cardiovascular y del programa del adulto mayor, mostrando los formatos de GSD 15 ítems, **anexo B**, y de mini mental, **anexo C**, así mismo se informó del objetivo del estudio y proporciono el material necesario para la aplicación de las encuestas.

Se solicita apoyo a través de las autoridades administrativas y directivas, para la promoción del proyecto por medio de los delegados sindicales para la participación de los pacientes pensionados.

F) ANALISIS ESTADISTICO.

Toda vez que se tienen los datos almacenados en el programa de Excel se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de resumen (porcentaje y frecuencia) de tendencia central (media), además de la aplicación de X^2 para significancia estadística. La información obtenida se presenta en tablas y gráficos.

Se aplica X^2 en la relación de predominancia de pacientes con depresión del sexo femenino en comparación con el masculino y en la cual se obtiene 5.12 con $gl = 1$, siendo que el valor Chi cuadrada obtenido es mayor que el valor crítico ($X^2 = 3.84$), se concluye que la diferencia es significativa ($p = 0.05$).

Esto quiere decir que existe una relación importante para que el sexo femenino padezca de depresión en comparación el sexo masculino.

VII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

FRECUENCIA DEL SINDROME DEPRESIVO EN EL ADULTO MAYOR EN LA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA CHALCO

| Actividad / Fecha | Jun. 07 | Oct-dic 07 | Feb. 07 | Ago. 08 | Dic. 08 | Ene-mar 09 | Abr. 09 | may 09 | Jun. 09 |
|--|---------|------------|---------|---------|---------|------------|---------|--------|---------|
| Planeación del proyecto de investigación | XX | | | | | | | | |
| Marco teórico. | | XX | | | | | | | |
| Materiales y método | | | XX | | | | | | |
| Registro y autorización del proyecto. | | | | XX | | | | | |
| Capacitación al personal de apoyo. | | | | | XX | | | | |
| Aplicación de encuestas | | | | | | XX | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | XX | | |
| Análisis de los datos | | | | | | | XX | XX | |
| Descripción de los resultados | | | | | | | | XX | |
| Discusión de los resultados | | | | | | | | XX | |
| Conclusiones del estudio | | | | | | | | XX | |
| Informe y revisión final | | | | | | | | XX | |
| Reporte final | | | | | | | | | XX |
| Autorizaciones | | | | | | | | | XX |
| Impresión | | | | | | | | | XX |

VIII.RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS: Enfermeras, Psicóloga y Medico de la clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco:

- Lic. En psicología Catalina Álvarez Ontiveros.
- Jefa de enfermeras: Lic. En enfermería Mónica Quiroz Antúnez.
- Enfermeras generales: Enfermera Jessica Laynes Martínez y Martha de la Rosa (Responsables de los programas de factor de riesgo y adulto mayor.
- Enfermera Suliana Orozco Anzures (responsable del programa de salud mental).
- Dra. Elizabeth Pacheco Milla. Medico residente de medicina familiar y adscrita de la clínica Chalco.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ 400 Test: 200 Mini- mental y 200 de Yesavage.
- ✓ 30 bolígrafos.
- ✓ 5 tablas para encuesta.
- ✓ 15 sillas.
- ✓ 5 cartulinas para hacer promoción al estudio.
- ✓ 4 cartuchos de impresión.

RECURSOS FINANCIEROS:

Los recursos financieros fueron sustentados por el investigador.

IX. CONSIDERACIONES ETICAS.

En el reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud determina los lineamientos y principios los cuales deberá de someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud; debiendo atender aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

El artículo 13 manifiesta que en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

En el artículo 14, propone en su punto 5to y 6to que se contara en cada estudio con un consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

La investigación es sin riesgo cuando los estudios empleen técnicas métodos de investigación, documentales retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención que modifique intencionalmente las variables fisiológicas psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio , entre los que se consideran cuestionarios , entrevistas y revisión de expedientes clínicos.

Artículo 113, la conducción de la investigación estará a cargo de de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realiza. [12]

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

En su punto numero uno manifiesta -60- que es una propuesta de principios éticos que sirve para orientar a los médicos y a otras personas que realicen investigaciones medicas en seres humanos.

En su punto 10 y 15 hace referencia que en la investigación medica es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

En su punto 21 y 22 manifiesta que debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación de su integridad e la intimidad de los individuos.

Las personas deben ser informadas del derecho o no de participar en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias.

En el punto 27, manifiesta que deberán publicarse los resultados de su investigación manteniendo la exactitud de los datos y resultados, teniendo que publicar los resultados positivos y negativos, citando las fuentes de financiamiento. [11]

En cualquier estudio con seres humanos, cada sujeto potencial debe ser informado de los objetivos, métodos, beneficios anticipados y molestias que el estudio pueda provocar.

El individuo debe conocer la libertad que tiene para abstenerse de participar en el experimento o retirarse del mismo si así lo desea; por lo que para el presente estudio se solicita el consentimiento informado del paciente **(anexo A)**.

Se debe respetar el derecho de cada sujeto a salvaguardar su integridad, deben tomarse todas las precauciones para respetar la vida privada y para minimizar el impacto del estudio en la integridad física y mental y en la personalidad del sujeto.

Las encuestas aplicadas para el protocolo de investigación incluyen el nombre y clave del paciente, sin embargo el resultado de esta solo se comunico al enfermo con depresión moderada y severa con la finalidad de dar un tratamiento oportuno.

X.RESULTADOS.

Se realizo un total de 161 encuestas aplicando la escala de depresión geriátrica (DGS) Yesavage de 15 ítem, a pacientes que fueron previamente evaluados con un mini mental y obteniendo una calificación mayor a 24 puntos. En donde se observa con edad de 65 años 17 pacientes (10.5%), con 66 años de edad 12 pacientes (7.4%), 67 años de edad 38 pacientes (23.6%), 68 años 24 pacientes (14.3%) 69 años 4 pacientes (2.4%), 70 años 8 pacientes (4.9%), 72 años de edad 3 pacientes (1.8%), 73 años, 8 pacientes (4.9%) 74 años 3 pacientes(1.8%), 75 años de edad 3 pacientes(1.8%), 77 años 4 pacientes(2.4%), 78 años 12 pacientes (7.4%), 80 años de edad, 10 pacientes(6.2%), 81 años 11 pacientes (6.8%) y 82 años de edad 7 pacientes (4.3%). (cuadro1)

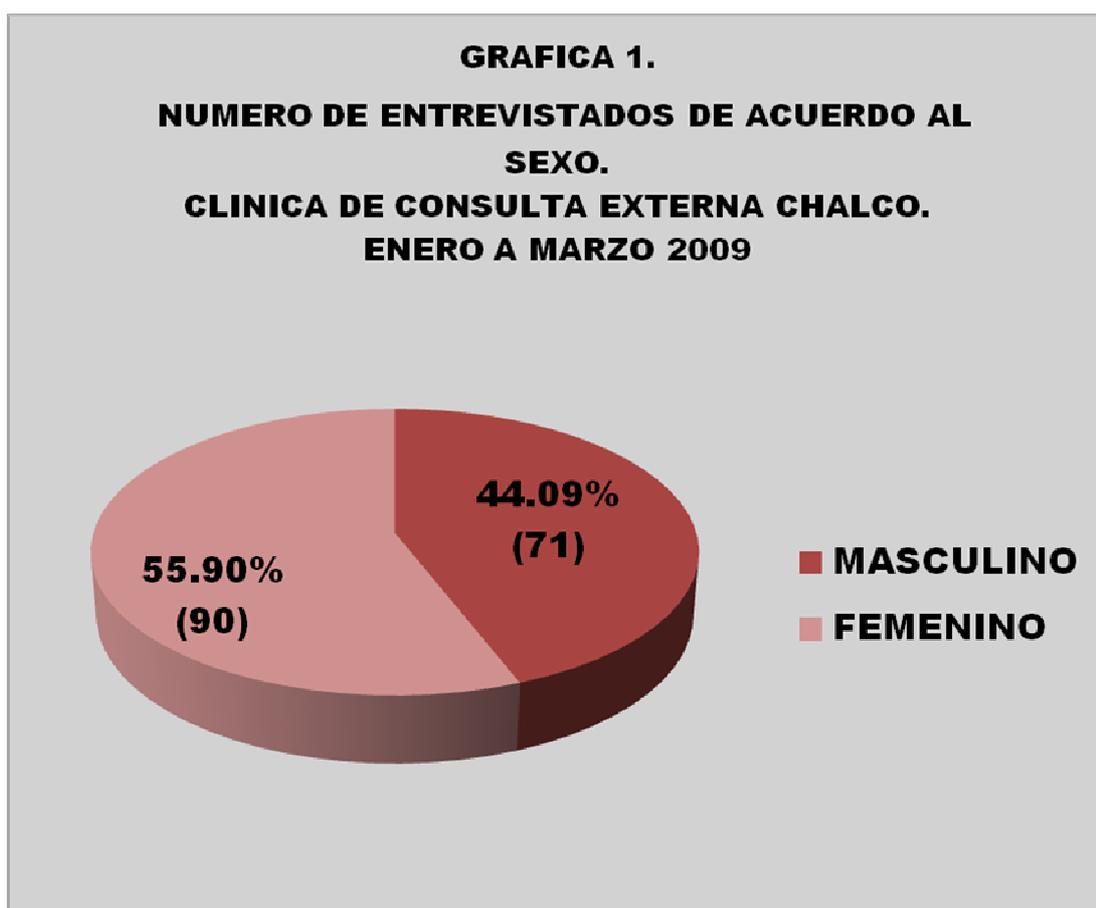
CUADRO 1.

NUMERO DE ENTREVISTADOS DEACUERDO A LA EDAD. CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA CHALCO ENERO A MARZO 2009

| Edad en años. | Numero de entrevistados | % |
|---------------|-------------------------|-------------|
| 65 | 17 | 10.5 |
| 66 | 12 | 7.4 |
| 67 | 38 | 23.6 |
| 68 | 24 | 14.9 |
| 69 | 4 | 2.4 |
| 70 | 8 | 4.9 |
| 72 | 3 | 1.8 |
| 73 | 8 | 4.9 |
| 74 | 3 | 1.8 |
| 75 | 3 | 1.8 |
| 77 | 4 | 2.4 |
| 78 | 12 | 7.4 |
| 80 | 10 | 6.2 |
| 81 | 11 | 6.8 |
| 82 | 7 | 4.3 |
| Total | 161 | 100% |

Fuente: encuesta de tamizaje GDS a 161 pacientes de la Clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco Enero a Marzo 2009.

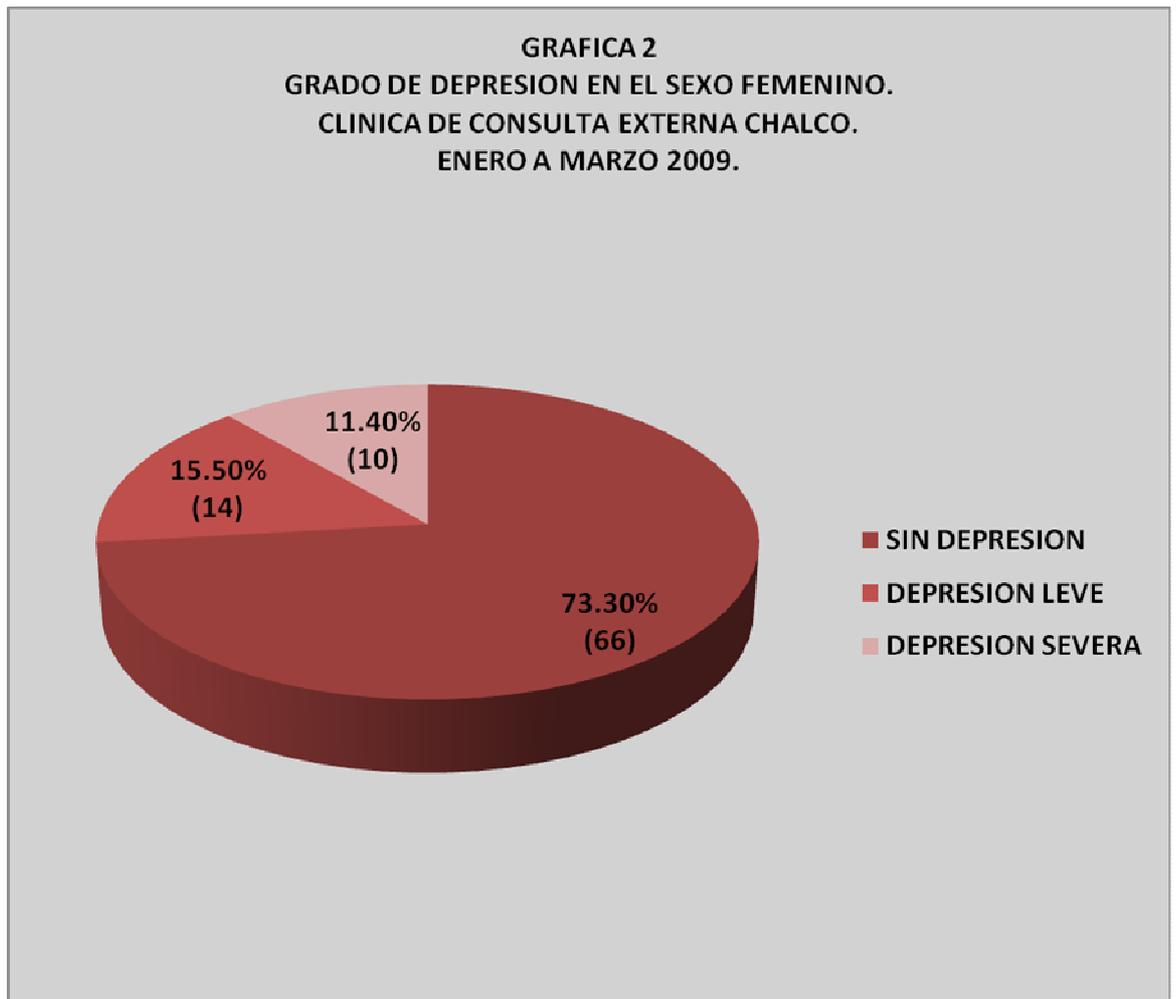
En cuanto al sexo, con un 55.9% (90 pacientes) del sexo femenino y el 44.9% (71 pacientes) del sexo masculino. (Grafica 1)



Fuente: encuesta de tamizaje GDS a 161 pacientes de la Clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco Enero a Marzo 2009.

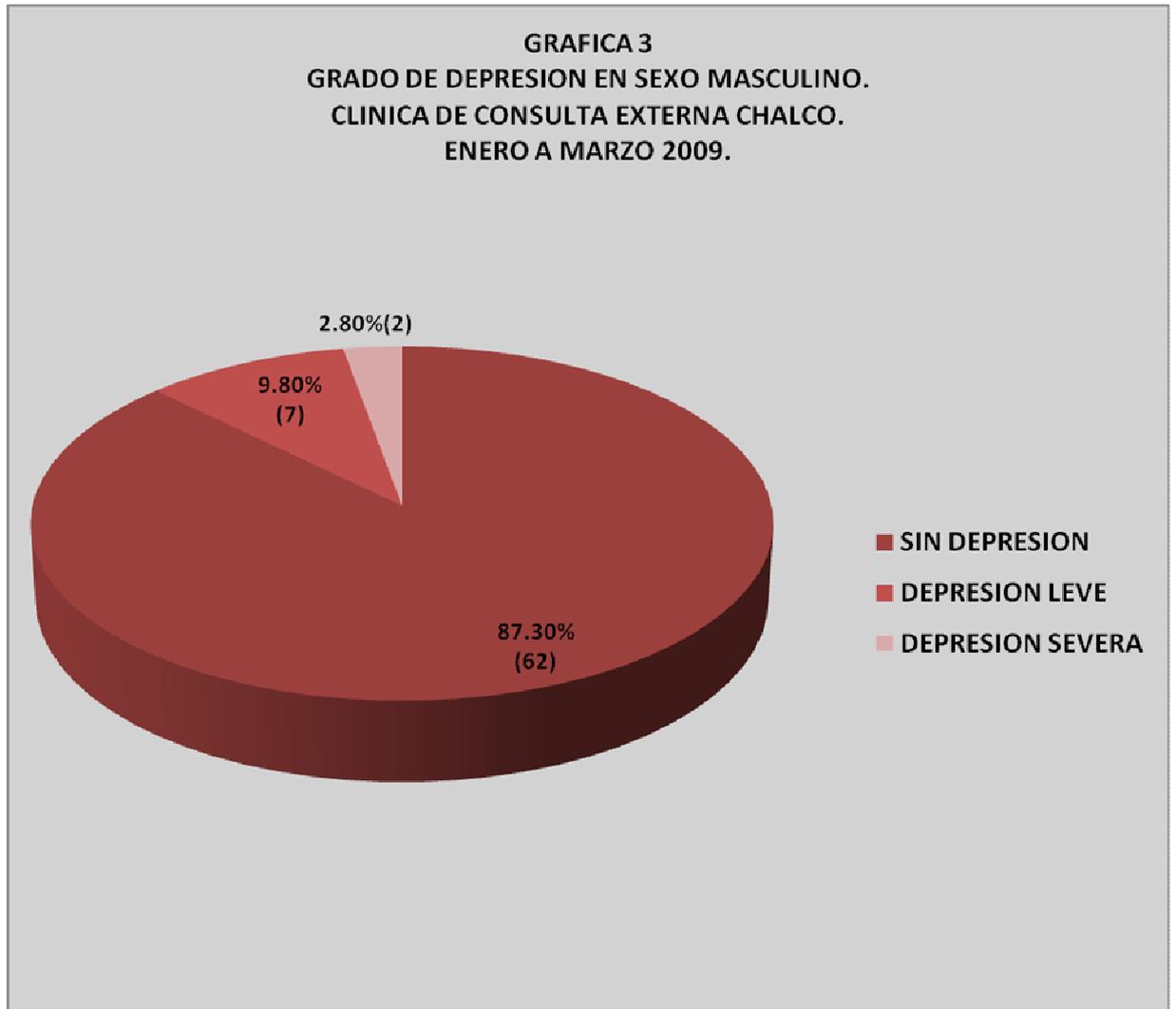
Con un total de 90 pacientes del sexo femenino se observa que 73.30% (66 pacientes) se encuentran sin depresión, el 15.50%(14 pacientes) presenta depresión leve, y el 11.50%(10 pacientes) depresión severa.

Grafica 2



Fuente: encuesta de tamizaje GDS a 90 pacientes de sexo femenino de la Clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco .Enero a Marzo 2009.

Y 71 pacientes de sexo masculino, con los siguientes resultados: sin depresión: 87.30% (62pacientes), con depresión leve un 9.80% (7 pacientes), y con depresión severa 2.80% (2 pacientes). (**Grafica 3**)



Fuente: encuesta de tamizaje GDS a 71 pacientes de sexo masculino de la Clínica de consulta externa ISSEMYM Chalco .Enero a Marzo 2009.

XI.DISCUSION.

La enfermedad depresiva en el paciente geriátrico representa un problema importante para el paciente, para su familia y para las instituciones en donde reside. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se sub diagnostique y como consecuencia no se otorgue tratamiento. [7]

Al emplear la escala de EDG Yesavage-15 ítems como método de tamizaje del síndrome depresivo es un hecho que se cuenta con mas casos detectados, a diferencia de no emplearla en la consulta de primer nivel de atención; y en parte se debe a que es un instrumento de evaluación específico para la depresión geriátrica. De acuerdo como lo cita Puentes Rosas et al, quien refiere que la depresión afecta en un 13 % más a mujeres que a hombres en nuestro estudio no se aleja de dichas estadísticas con una frecuencia de presentación en el sexo femenino de 26.9% en comparación con el sexo masculino 11.6%. [4]

Por otro lado refiere una prevalencia de 10-30% para depresión leve y del 3% para depresión mayor, en comparación con este estudio en el que se aprecia depresión leve en el sexo femenino en un 15.5% y en 11.1% para depresión severa. [4]

La comparación de los resultados obtenidos con la bibliografía nos permite sugerir el uso de EDG Yesavage 15 ítems como un instrumento válido y confiable para la aplicación en la clínica de Consulta Externa Chalco, ya que el personal sanitario de atención primaria es la clave en la evaluación del estado emocional de las personas mayores. De esta manera la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico y tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves.

XII.CONCLUSIONES.

Al analizar los resultados del estudio se observa que la frecuencia de la depresión en la clínica de consulta externa Chalco es de 26.9% en el sexo femenino y 12.6% en el masculino, para una muestra de 161 pacientes.

El conocer la frecuencia de la depresión en la clínica Chalco confirmamos la importancia del medico familiar , quien debe tener el compromiso de hacer una evaluación física y psicológica y como primer eslabón: la prevención , conociendo el ciclo vital de la familia y sus crisis paranormativas e incluir el tamizaje para la salud mental ,específicamente para depresión con la Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage 15 ítems , ya que demuestra que es un instrumento valido, confiable y especifico para la población de adultos mayores , todo ello con la finalidad de impedir complicaciones mayores por esta enfermedad.

La lucha debe ser constante, ya que solo así lograremos impactar en la salud de una población en envejecimiento como la nuestra, de tal manera que permita hacer mucho con pocos recursos, con estrategias que aborden el ámbito preventivo y sea capaz de solucionar eventos agudos del adulto mayor minimizando las repercusiones familiares y sociales, por esto el medico familiar resulta ser ideal para atender esta demanda social.

De acuerdo a lo que se obtuvo en el presente trabajo de investigación me permito mencionar las siguientes recomendaciones:

- Dar a conocer la escala de EDG entre los médicos generales de la unidad para su correcta aplicación, mediante una capacitación otorgada por el investigador, así mismo difundir los resultados del estudio para que conozcan la importancia de detectar oportunamente la depresión en el adulto mayor.
- Instaurar un programa preventivo en el cual se realiza tamizaje con EDG, por parte del servicio de enfermería, previa capacitación para su aplicación y una vez detectados llevar un control multidisciplinario con medico familiar, psicólogo, y psiquiatra, con el fin de evitar complicaciones mayores.
- Que se realicen estudios sobre depresión en adulto mayor en nuestra unidad para conocer la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia a nivel institucional y proponer a las autoridades estrategias efectivas aplicables en el ámbito de la medicina preventiva.

• XIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Kaplan HI Sadock BJ ***Sinopsis de psiquiatría***. Baltimore Maryland 8 a. Ed. medica Panamericana 2000 pág. 593- 643.
2. Guerrero V. José. ***Salud mental en el anciano. Aspectos sociales y psicológicos del envejecimiento. Depresión y ancianidad***. Ed. Asociación Alcalá. 2007 . Pág. 17-57 y 153-193.
3. Renato D. Alarcón, Guido Mazzotti. ***Psiquiatría*** 2da. Edición. Manual Moderno. 2005. Pág. 803-815.
4. Bello M, Puentes Rosas E. Medina. ***Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México***. Salud publica México 2005.Pag.54- 511.
5. González N. Manuel. ***Depresión, enfoque gerontológico***. Fundación española 2004. Pág. 125- 180.
6. Lozano C. Arturo. ***Introducción a la geriatría***. Segunda edición. 2000. Pág. 377-387.
7. Aguilar N. Sara. Ávila F. José. ***Depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor***. Gaceta Medica México vol. 143 N2. 2007 Pág. 141-146.
8. Dr. Tepepa Samuel. ***Terapia cognitivo conductual en depresión***. Revista Psiquis (México), vol. 15 núm. 4, 2006. Pág.104-109
9. Dr. Castro L. Marcos ***Factores de riesgo asociado a la depresión del adulto mayor***. Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría .2006; 39(4): Oct-Dic; Pág. 132-137.
10. DSM IV-TR ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales***. Barcelona España, Ed. Masson 2005. Pág. 345-357
11. Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud. Diario oficial de la federación 1987 pág. 98-113.
12. Declaración de Helsinki de la asociación medica mundial. Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkirev.htm>

13. Jano On-line y agencias .**Congreso Internacional de Psiquiatría.** Madrid.02/10/2001.
14. David N. Anderson. ***Treating depression in old age: the reasons to be positive.*** *Age and Ageing* 2001; 30: 13-17, British Geriatrics Society
15. [Borson Soo](#) .The Journal of Clinical Psychiatry Intercom. The experts converse. Sep-2000. [Medscape Mental Health] 6(2), 2001.

XIV. ANEXOS

A) Consentimiento de participación voluntaria.

B) Escala de evaluación SDG 15 ítems.

C) Examen cognoscitivo breve. (Test Mini-mental de Folstein)



CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ISSEMYM CHALCO

Detección de síndrome depresivo en el adulto mayor.

Consentimiento de participación voluntaria.

La información que se obtendrá de esta encuesta será utilizada con fines de investigación, y para tratar de mejorar los servicios de que se otorgan a los derechohabientes del ISSEMYM, por lo que la encuesta ya cuenta con la autorización para realizarse en esta unidad.

La información que usted proporcione será de carácter confidencial y obtenida de manera voluntaria.

Este cuestionario evalúa su estado de ánimo solamente.

En caso de sentirse agredido (a) por algún a de las preguntas, usted esta en libertad de no seguir contestando.

¿Acepta usted contestar? SI _____ NO_____

ANEXO (A)



II. DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____.

EDAD: _____

SEXO: MASCULINO _____ FEMENINO _____.

CLAVE ISSEMYM _____

III. INSTRUCTIVO:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.

Marque con una "X" la respuesta correspondiente a cada pregunta, de acuerdo a como usted se siente.

Procure contestar **TODAS LAS PREGUNTAS.**

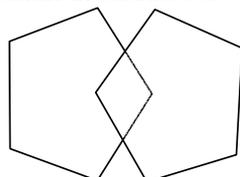
| | | | |
|----|--|----|----|
| 1 | ¿Esta satisfecho con su vida? | si | no |
| 2 | ¿Ha renunciado a muchas actividades? | si | no |
| 3 | ¿Siente que su vida esta vacía? | si | no |
| 4 | ¿Se encuentra a menudo aburrido? | si | no |
| 5 | ¿Tiene a menudo buen ánimo? | si | no |
| 6 | ¿Teme que le pase algo malo? | si | no |
| 7 | ¿Se siente feliz muchas veces? | si | no |
| 8 | ¿Se siente a menudo abandonado? | si | no |
| 9 | ¿Prefiere quedarse en casa a salir? | si | no |
| 10 | ¿Cree tener más problemas de memoria que la demás gente? | si | no |
| 11 | ¿Piensa que es maravilloso vivir? | si | no |
| 12 | ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos? | si | no |
| 13 | ¿Se siente lleno de energía? | si | no |
| 14 | ¿Siente que su situación es desesperada? | si | no |
| 15 | ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted? | si | no |

¡Muchas gracias por su valiosa PARTICIPACION !

ANEXO (B)

Examen cognoscitivo breve. (Test Mini-mental de Folstein)

| Dar un punto por cada respuesta correcta | calificación | punteo |
|--|--------------------------|--------|
| 1. ¿Cuál es..? | ... El año _____ | 1 |
| | ..la estación _____ | 1 |
| | ..la fecha _____ | 1 |
| | ...el día _____ | 1 |
| | ..el mes _____ | 1 |
| 2. ¿En dónde estamos? | País _____ | 1 |
| | Estado _____ | 1 |
| | Ciudad _____ | 1 |
| | En que edificio _____ | 1 |
| | Calle. ----- | 1 |
| 3. Nombre tres objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los tres nombres. De un punto por cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda. | _____ | 3 |
| 4. Cuente de 7 en 7 .Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100, de siete en siete, es decir, 93, 86,79, etc. Deje de contar después de 5 intentos. De un punto por cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés. | _____ | 5 |
| 5. pregunte los nombres de los tres objetos mencionados en el inciso 3. De un punto por cada respuesta correcta. | _____ | 3 |
| 6.-enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra. | | 2 |
| 7.pida al paciente que repita "no, si, ser o ver" | _____ | 1 |
| 8pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en tres etapas' tome esta hoja de papel en su mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso. | _____ | 3 |
| 9.Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita:"cierre sus ojos" | _____ | 1 |
| 10. pida al paciente que escriba una oración de su elección. la oración debe contener un sujeto, un verbo y un complemento , y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía. | _____ | 1 |
| 11. pida al paciente que copie la figura mostrada. De un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero. | _____ | 1 |



15 o menos = deterioro severo.

16-19 puntos =deterioro moderado

20-24 puntos =deterioro leve.

TOTAL

30