



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR
EN CUATRO CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL
ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA CUEVAS ANDRADE

MÉXICO, DISTRITO FEDERAL 2010.

No. de registro: 349.2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

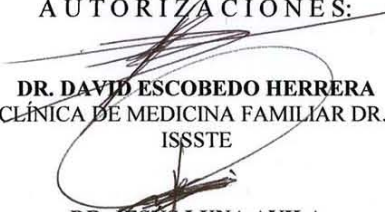
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN
CUATRO CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE**
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:


PATRICIA CUEVAS ANDRADE


AUTORIZACIONES:


DR. DAVID ESCOBEDO HERRERA
DIRECTOR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO CHÁVEZ
ISSSTE


DR. JESÚS LUNA AVILA
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DR. IGNACIO
CHÁVEZ ISSSTE


DRA. CATALINA MONROY CABALLERO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN LA
CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ" Y ASESORA DE
TESIS


M.C ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR FACULTAD DE
MEDICINA U.N.A.M.


LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
ISSSTE.

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN
CUATRO CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

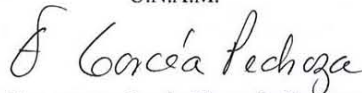
PRESENTA:

PATRICIA CUEVAS ANDRADE

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, le doy gracias por su paciencia, su apoyo en todos los aspectos, por estar conmigo en las buenas y en las malas.

A mi papá, aunque ya no esta con nosotros, le doy gracias por que siempre estuvo conmigo alentándome para seguir adelante, por todo el apoyo que me dio y por haberme enseñado a ser responsable.

A mis hermanos, gracias por su apoyo cuando lo he necesitado, su paciencia y estar juntos siempre en las buenas y en las malas.

A mi sobrino, que de una o de otra forma también me ayudo, por todas las preguntas que a veces no se como responder, gracias por ser un ángel en mi vida y en la familia.

A la Dra. Catalina Monroy Caballero, asesora de tesis, por su ayuda en la búsqueda del sentido de esta tesis, por su guía para encontrar el sentido de ser Médico Familiar y por todo su apoyo.

M.C Alberto González Pedraza Avilés, asesor metodológico, que sin su ayuda no hubiera podido terminar la tesis, y sobre todo gracias por su tiempo.

RESUMEN

Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años. En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma, o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal.

Ojetivo: Identificar los factores que influyen en el adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor tomando en cuenta los conocimientos y características generales de los médicos participantes en clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE.

Material y Métodos: Se aplicaron 46 cuestionarios a médicos que laboran en cuatro clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE de ambos turnos y sexo, donde se integro ficha de identificación y se evaluó los conocimientos generales sobre depresión en el adulto mayor y percepción individual de los médicos acerca del tema.

Resultados: Se obtuvo una media de 24.6 sobre una base de 45 puntos de conocimientos generales sobre depresión, obteniéndose los resultados más bajos en conocimientos sobre tratamiento 8.57. Se encontró relación entre nivel de conocimientos y el tiempo de ejercer la profesión y con la especialidad médica. El 69% asocia el subregistro del trastorno a la falta de tiempo de consulta.

Conclusiones: Con este estudio en términos generales podemos decir que los conocimientos sobre depresión en el adulto mayor es bajo y es importante la capacitación adecuada de los médicos y aprovechar los recursos con los que se cuentan.

Palabras clave: Depresión, diagnóstico y tratamiento, adulto mayor, cambios fisiológicos del envejecimiento, atención primaria.

ABSTRACT

Introduction

The depression is the most frequent affective disorder in 60-year-old major persons. In primary care diagnosis and delay exists sub in the identification of the depression and, therefore, in the beginning of the treatment, which affects negatively the well-being of the individuals. In most cases it is not diagnosed by the atypical presentation of the same one, or by the false belief of which it forms a part of the normal aging.

Ojetivo: To identify the factors that influence the suitable diagnosis and treatment of the depression the major adult taking in it counts the knowledge and general characteristics of the medical participants in clinics of Familiar Medicine of the ISSSTE.

Material and Methods: 46 questionnaires were applied to doctors who work in four clinics of Familiar Medicine of the ISSSTE of both shifts and sex, where I integrate card of identification and I evaluate the general knowledge on depression in the major adult and individual perception of the doctors it brings over of the topic.

Results: An average of 24.6 was obtained on a base of 45 points of general knowledge on depression, the lowest results being obtained in knowledge on treatment 8.57. One found relation between level of knowledge and the time to exercise the profession and with the medical speciality. 69 % associates the subrecord of the disorder with the lack of time of consultation.

Conclusions: With this study in general terms we can say that the knowledge on depression in the major adult it is low and the suitable training of the doctors is important and to take advantage of the resources with those who count each other.

Key words: Depression, diagnosis and treatment, major adult, physiological changes of the aging, primary care.

INDICE

1.	Marco Teórico -----	1
1.1	Antecedentes de la Depresión -----	1
1.2	Historia -----	2
1.3	Epidemiología -----	3
1.4	Factores de riesgo -----	5
1.5	Etiología -----	6
1.6	Clasificación de las enfermedades afectivas -----	9
1.7	Manifestaciones clínicas -----	12
1.8	Diagnóstico -----	14
1.9	Instrumentos de diagnóstico -----	18
1.10	Diagnóstico diferencial -----	21
1.11	Tratamiento -----	22
1.12	Otros tratamientos -----	31
1.13	Criterios de referencia -----	34
1.14	Envejecimiento -----	35
1.15	Características fisiológicas del envejecimiento -----	36
1.16	La familia y el envejecimiento -----	38
1.17	Redes de apoyo social -----	39
1.18	Psicología del anciano -----	40
1.19	Depresión diagnosticada en atención primaria -----	41
2.	Planteamiento del Problema -----	43
3.	Justificación -----	44
4.	Objetivos -----	45
4.1	Objetivo general -----	45
4.2	Objetivos específicos -----	45
5.	Material y Métodos -----	46
5.1	Tipo de estudio -----	46
5.2	Tipo y tamaño de la muestra -----	46
5.3	Definición de las unidades de observación -----	46

5.4	Grupo control	46
5.5	Criterios de inclusión	46
5.6	Criterios de exclusión	46
5.7	Criterios de eliminación	47
5.8	Definición de variables y unidades de medida	47
5.9	Selección de las fuentes, métodos, técnicas y procedimientos de redacción de la información	48
5.10	Prueba piloto	49
5.11	Definición del plan de procesamiento y presentación de la información	49
6.	Aspectos Éticos	50
7.	Consideraciones de bioseguridad	51
8.	Cronograma de trabajo	51
9.	Recursos	52
9.1	Recursos humanos	52
9.2	Recursos materiales	52
9.3	Recursos físicos	52
9.4	Financiamiento del estudio	52
10.	Resultados	53
11.	Discusión	69
12.	Conclusiones	71
13.	Anexos	72
13.1	Anexo 1 Consentimiento informado de participación voluntaria	72
13.2	Anexo 2 Cuestionario	73
14.	Referencias	75

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN

DEFINICIÓN: Desde el punto de vista etimológico, depresión viene del latín *Depresión*: hundimiento; el paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia y devenir vital que le impide cada vez más vivir con plenitud. (1)

La depresión no es un sentimiento de tristeza que se relacione con una situación poco placentera, tampoco es un estado de ánimo pasajero o estable, un síntoma o una estructura psicopatológica; la definición va mucho más allá de todo lo anterior.

Síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras, con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño social y ocupacional. (1, 2)

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. (2)

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

El término depresión se ha utilizado ampliamente para describir un síntoma, un síndrome o una enfermedad. Es considerada un síndrome que incluye una constelación de manifestaciones somáticas, cognitivas y efectivas. (3)

Los síntomas que caracterizan en general a la depresión son: los cambios del apetito y peso, la presencia de trastornos del sueño, lentitud o la agitación psicomotores, la astenia o pérdida de energía, el humor triste o irritable, la pérdida del placer o el interés por actividades previas, los sentimientos de inutilidad, autoreproches o culpa, los pensamientos o intentos suicidas, la indecisión y la dificultad para concentrarse o pensar. (2, 3)

1.2 HISTORIA

Desde un punto de vista histórico, depresión y ancianidad están relacionadas. En la antigüedad se pensaba que el envejecimiento cursaba inevitablemente con síntomas depresivos, e incluso se afirmaba que la melancolía, cuando se hacía crónica, degeneraba en demencia. Las hipótesis relacionadas con la etiología iban desde las biológicas hasta las divinas. La primera descripción clínica fue realizada por Hipócrates, quien acuñó el término melancolía (mélanos: negra, cholis: bilis) por considerar al exceso de la bilis negra en el cerebro como la etiología de esta enfermedad. La historia de la depresión equivale, prácticamente, a documentar la evolución del pensamiento psiquiátrico.

Areteo de Capadocia, en el siglo II de nuestra era, desecha la etiología Hipocrática y atribuye, en cambio, la etiología de la depresión a factores psicológicos, asociándola con la manía y valorizando la importancia de las relaciones interpersonales.

Luego, en el período de la Edad Media y el Renacimiento, la etiología de la depresión fue atribuida a la posesión demoníaca, al castigo divino, la influencia de los astros o el exceso de humores, entre otras causas. (1)

Paracelso fue la excepción, ya que en medio de muchas contradicciones de la época, afirma que las enfermedades mentales tienen origen natural y que no son causadas por espíritus.

Posteriormente, Kraepelin aisló en 1896 a la melancolía de involución, relacionada con la senescencia, de la psicosis maníaco depresiva y le atribuyó autonomía resaltando las manifestaciones atípicas de esa entidad. Se observó que el pronóstico en algunos casos no era bueno por su evolución hacia un estado delirante crónico o por la instalación de un estado de debilitamiento intelectual. Hubo quienes plantearon que la depresión del anciano siempre terminaba en demencia.

En los albores del siglo XX, fue también Kraepelin (1904) quien concluyó que las alteraciones del humor, aun las más severas, podían darse en pacientes sin alteraciones cognitivas, y que las depresiones severas de instalación tardía no conducen en forma inevitable a la demencia.

En forma relativamente simultánea, Abraham y Freud, a comienzos del siglo XX, empiezan a esbozar sus hipótesis psicodinámicas, postulando que la depresión en la adultez era una reactualización de una traumática pérdida objetal temprana, que lo torna vulnerable a pérdidas posteriores y que desencadenan este cuadro. (1, 2)

Desde estos postulados psicodinámicos, un largo tiempo tuvo que pasar hasta el decenio de 1960 a 1969, época en que se enuncia la hipótesis aminérgica de la depresión de Schildkraut, postulándose que la depresión se provoca con un déficit de neurotransmisores, noradrenalina y serotonina.

Hasta la actualidad, los avances en la neurobiología y en los de tipo técnico han facilitado investigaciones en diversos aspectos, hasta situar a esta categoría médica como una enfermedad cuyo diagnóstico y tratamiento en la vejez constituyen un reto para el médico de hoy. (1, 3)

1.3 EPIDEMIOLOGÍA

- DEPRESIÓN EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (4)

En atención primaria existe sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios de salud. 4

Es frecuente que el médico de atención primaria considere como “causa” de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual la considera “justificada” y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión. (4)

En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma, o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal. (4)

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20% (3), aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40% (4). Sin embargo, se coincide en la existencia de un sub diagnóstico y sub tratamiento. Además, 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. (5)

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predominio en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año. (6)

Uno de los estudios epidemiológicos comunitarios más significativos fue el Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en EUA, se encontró en las personas de edad avanzada una prevalencia de depresión de 1%, con mayor afectación entre las mujeres 0.7% que entre varones 0.3%. Otra investigación, denominada Eurodep, realizada en once países de Europa y en la que se evaluó a 13 808 personas, determinó una prevalencia global de depresión geriátrica de 12.3% (14.1% para mujeres y 8.6% para varones) con variaciones geográficas.

En Latinoamérica, uno de los más recientes estudios epidemiológicos de salud mental en el adulto mayor, realizado en Lima Perú en 2002, encontró una prevalencia de depresión de 13%, con mayor frecuencia en la mujer (14.8%) que en el varón (10.8%). (6,7)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que actualmente 5 de las 10 causas más importantes son de origen psiquiátrico y se piensa que para el 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Esta enfermedad es después de la hipertensión arterial, la condición crónica más común, encontrada en la práctica médica general y está asociada al deterioro de la calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad. (7, 8)

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de 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.

En Estados Unidos y Europa, la prevalencia de la depresión oscila entre el 6 y el 20%, aunque en Italia se ha estimado hasta en un 40%. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un subdiagnóstico y subtratamiento. 8

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. (9)

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 más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo.

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. (4, 9)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos, dentro de los que se 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 de uso de sustancias (9.2%). Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a quinto lugar (luego de las fobias específicas, trastornos de conducta, dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en su vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.

En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Entre los hombres la prevalencia de depresión fue de 1.6% en menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores. (6, 9)

Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad. En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12). Hay enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8 a 28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50 %). (9)

El riesgo de padecer depresión es de 2 a 6 veces mayor en parientes de primer grado (a diferencia de aquellos que no tienen antecedentes familiares), y en aquellos con una historia familiar de trastornos afectivos o alcoholismo, enfermedades crónicas, trastornos de personalidad e historia de eventos traumáticos tempranos o abuso infantil. (7, 9)

1.4 FACTORES DE RIESGO

- SEXO

Una tendencia casi universal, independientemente del país, es la mayor prevalencia de depresión entre las mujeres que entre los hombres. Siendo dos veces mayor en ellas, por razones que no están del todo claras. Algunas explicaciones incluyen el estrés, el parto (hasta seis meses después), la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales. (10, 11)

- CLASE SOCIAL

En el trastorno bipolar parece una incidencia ligeramente superior en los estratos socioeconómicos superiores que en las demás clases. La depresión mayor no tiene correlación con la clase social.

- ESTADO CIVIL

Los índices de ingresos hospitalarios por trastornos afectivos son ligeramente superiores a lo normalmente quienes carecen de relaciones íntimas con otras personas o que están solteros o divorciados. El trastorno bipolar puede ser más común entre los divorciados que en los demás.

- EDAD

Se había estipulado que la edad de aparición del primer episodio era la adultez temprana, alrededor de los veinte, sin embargo, el ajuste de los instrumentos diagnósticos y la educación médica, han permitido su detección precoz en la adolescencia. Esto no excluye la aparición de un primer episodio de manera más temprana o tardíamente, es decir, en la niñez, adultez o madurez, su aparición se determina por eventos estresantes, antecedentes genético familiares y cambios hormonales.

- RAZA

No existen pruebas concluyentes de que haya diferencias entre blancos y negros. Sin embargo, es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos que los blancos.

- HISTORIA FAMILIAR

Los familiares en primer grado de las personas depresivas muestran un riesgo de vida para esta patología de un 20% para los trastornos afectivos. Los familiares de primer grado de los pacientes bipolares muestran un riesgo de vida del 25% para estos trastornos. (3,11)

1.5 ETIOLOGÍA

La depresión es resultado de varios factores que hacen complejo su estudio y en su etiología se consideran las mismas variables que en la adultez temprana. Durante el envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales propios de esa etapa de la vida, algunos de los cuales son factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías. (3)

- Factores Biológicos

El envejecimiento cerebral, además de relacionarse con cambios anatómicos en el SNC, se relaciona con alteraciones bioquímicas.

Todos los estudios sobre envejecimiento están de acuerdo en la existencia de alteraciones en la neurotransmisión, por deficiencia de síntesis, liberación, actividad efectiva postsináptica (por eficacia o tiempo de contacto) y degradación del neurotransmisor.

En el proceso del envejecimiento se ha confirmado la disminución de neuropéptidos (somatostatina), noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina, GABA y algunas enzimas que intervienen en su síntesis, colinesterasa, dopadescarboxilasa, etc., así como de metabolitos de los citados neurotransmisores, 3-metil-hidroxifenilglicol (MHFG), ácido vanilmandélico (VMA), ácido homovanílico (HVA), 5-hidroxiindolacético (5-HAA), etc. (4)

La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT_{2A} disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales así como la inmunosupresión. (4, 5)

Como se puede apreciar, la etiopatogenia neuroquímica de la involución del hombre y la del estado patológico depresivo tienen gran parte en común, pues dentro del generalidad de alteraciones que se pueden producir en el primero quedan encuadradas las variaciones que motivan y justifican el segundo, como son las catecolaminas (dopamina y noradrenalina) e indolaminas (serotonina, tiramina y triptamina), que a su vez son las principales monoaminas neurotransmisoras cerebrales.

En la neurofisiología de la sinapsis, se produce la llegada del impulso nervioso a la terminación presináptica, motivando la liberación del neurotransmisor en la hendidura intersináptica, que va a contactar con el receptor postsináptico y producir, cronológicamente, una variación en la permeabilidad de la membrana, un potencial de acción e impulso nervioso en la neurona postsináptica. (3, 4, 5)

- Factores Psicosociales

El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida. Sin embargo, la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y la no supresión del cortisol se encuentran en adulto mayor deprimido. Aunque controversial, la deficiencia de

dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distimia en el hombre. Otras causas exploradas han involucrado en la insuficiencia de neurotransmisores a alguna infección subclínica o a la reactivación de algún virus latente en el cerebro. (5)

La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y es un tema de gran interés debido a que se busca algún marcador o genes asociados; entre estos se ha encontrado una asociación con las variantes del polimorfismo (5-HTTLPR) del gen promotor del transporte de la serotonina (SLC6A4) que ha sido propuesto como marcador fármaco genético de la eficacia de algunos antidepresivos, la presencia de este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas. Se ha encontrado hasta en el 50% de los caucásicos y afro-americanos, esto surge que este gen no es un predictor de depresión per se, pero sí está relacionado con mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico, fenómeno estudiado en estados de estrés mayor como, por ejemplo, después de una fractura de cadera. (5)

Por otro lado, la demencia, la enfermedad vascular cerebral (con lesiones en el hemisferio izquierdo o ganglios basales) y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Las causas psicológicas de la depresión son más complejas. Errores cognoscitivos, 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. La teoría psicodinámica propone que las pérdidas son inevitables durante el envejecimiento (pérdida de objetos, pérdida de la imagen corporal, etc.) y por ello, se desarrolla un síndrome parecido a la depresión, el síndrome de depleción. Por otro lado, los adultos mayores deprimidos pueden malinterpretar muchos de los eventos que ocurren en el transcurso de la vida. Esta distorsión cognoscitiva ocasiona una respuesta exagerada a los eventos, además de la creación de expectativas no realistas y la generalización y personalización de las situaciones adversas. (3)

La asociación entre depresión y la falta de apoyo social ha sido descrita hace largo tiempo. Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobretodo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor (como el decidir dejar de conducir).

La espiritualidad y la religión parecen desempeñar también un papel importante en la depresión del adulto mayor. El estudio ecológico multinacional EURODEP encontró que la práctica religiosa se asocia con menos depresión en los ancianos europeos, pero los mecanismos de esta protección no son bien conocidos. (3, 5)

1.6 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES AFECTIVAS

Según los criterios que se utilicen, algunas más útiles, otras menos. Por ejemplo, si el criterio es la edad del paciente, se dividirán en: infantiles, del adulto e involutivas, si es la causa inmediata, en psicógenas y somatogénas, etc. El aspecto de la gravedad es considerado de gran importancia por el DSM IV, que distingue el Episodio Depresivo Mayor (grave) del distímico (leve).

Una clasificación que todavía en la actualidad aplican muchos psiquiatras, es la Endógena – Reactiva, siendo la primera aquella causada por factores de tipo interno o psicobiológico, sin acontecimientos externos desencadenantes, mientras que la segunda llamada también exógena, es causada por acontecimientos externos: como un trauma psíquico, una enfermedad, etc. Se establecieron distintos aspectos de cada una, descritos de la siguiente manera: Depresión Endógena y Depresión Reactiva. (4)

Clasificación de la depresión (3, 4)

DEPRESION ENDOGENA	DEPRESION REACTIVA
<ul style="list-style-type: none">- Duración menor de un año- Edad madura- Historia de depresiones anteriores- Empeoramiento por la mañana- Insomnio tardío- Inhibición psicomotriz- Pérdida de peso- Dificultad de concentración	<ul style="list-style-type: none">- Duración variable- Paciente joven- Hecho externo causal- Empeoran por la tarde- Insomnio precoz- Sentimiento de dignidad- Personalidad neurótica

Otra clasificación que se ha trazado en el concepto que nos ocupa es aquella depresión primaria y secundaria. Los criterios que se aplican son: el tiempo de aparición y la presencia o ausencia de otras enfermedades. La primaria es la que acontece a un individuo sin antecedentes de otras patologías psiquiátricas. La secundaria es la que ocurre en personas con antecedentes patológicos psiquiátricos u orgánicos (cáncer, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, etc.) que podrían precipitar un síndrome depresivo. (12)

Esta es una distinción que vale la pena tener en cuenta en el diagnóstico y en el tratamiento. Cabe mencionar que el DSM IV, considera que las llamadas “depresiones secundarias” no pueden diagnosticarse simplemente como una enfermedad depresiva ya que es claro que la enfermedad es otra, orgánica o psiquiátrica, y por ende el diagnóstico preciso y el tratamiento debe enfocarse en dirección correcta, no en una de sus consecuencias. Por supuesto, la presencia de un padecimiento determinado en un sujeto no excluye la posibilidad de otra enfermedad concomitante. (13)

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS) (12)

CIE - 10	DSM – IV TR
Episodio depresivo	- Trastorno depresivo mayor
- Grave	- Distimia
- Moderado	- Trastorno depresivo no especificado
- Leve	- Trastornos bipolares
- Otro/no especificado	- Ciclotimias
- Trastorno persistente del humor	- Trastornos del humor debidos a problemas médicos generales
- Trastorno afectivo bipolar	- Trastornos del humor inducido por el uso de sustancias
Trastorno del humor (afectivos)	- Trastornos del humor no especificado
orgánicos	
Otros trastornos del humor	

Ahora bien, los problemas adaptativos ya no entran en la clasificación de los trastornos afectivos, sino que constituyen otro tipo de desorden mental, siendo el riesgo esencial una reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable. Dentro de este trastorno se clasifican otros, como son: estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con la depresión mayor y el duelo no complicado.

La depresión rivaliza con la ansiedad como la categoría más importante y completa en la psicopatología. Es un síntoma neurótico y es la característica sobresaliente de tres psicosis: psicosis maniaco depresiva, melancolía involutiva y reacción psicótica. Regularmente la depresión acompaña a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida. (14)

1.7 MANIFESTACIONES CLINICAS

Al igual que en otras etapas de la vida, en la vejez pueden desarrollarse diversos tipos de depresión y las mismas manifestaciones clínicas que se observan en pacientes jóvenes.

En los ancianos, los síntomas, la interpretación de las manifestaciones clínicas y el proceso diagnóstico, pueden ser inespecíficos. En este grupo de edad, la depresión puede ser la expresión de una enfermedad médica subyacente, tal y como ocurre en el hipotiroidismo del viejo, la demencia frontal, la enfermedad de Parkinson, etc.. También puede ser que las quejas de molestias físicas del anciano representen una “depresión enmascarada”. Asimismo, con frecuencia se encuentra entrelazada la depresión con enfermedades físicas, que hacen confuso el cuadro clínico propio del trastorno afectivo.

En las edades tardías es común la asociación de la depresión con fármacos y con enfermedades médicas, lo cual complica no sólo el diagnóstico, sino también el tratamiento y el pronóstico.

El reconocimiento de la depresión en edades avanzadas requiere saber de los cambios que normalmente se producen en el organismo del geronte, en su dinámica familiar y social, y en su adaptación psicológica a las diversas experiencias existenciales que le toca vivir (duelos, enfermedades, dependencia, discapacidades, entre otras). (5, 12)

La depresión se relaciona con menor autocuidado y recuperación más lenta después de un padecimiento médico agudo. Acelera la disminución cognitiva y física y conduce a uso y costo elevados de los servicios del cuidado de la salud. (15)

En el aspecto clínico, la tristeza no es por fuerza la presentación usual de la depresión en la adultez mayor. En la vejez se ven con relativa frecuencia las expresiones de ansiedad, intranquilidad, agitación, irritabilidad y quejas de nerviosismo. Asimismo, se citan como síntomas comunes: pérdida del interés, manifestación que ayuda a diferenciar a los ancianos deprimidos melancólicos de aquellos que no lo están; sentimientos de soledad y abandono, y sensación de vacío, expresiones que a menudo se relacionan con impulsos suicidas; quejas reiterativas de dolencias físicas, como dolores sin relación física, molestias digestivas o alteraciones en el sueño; insatisfacción por la vida, relacionada la mayoría de las veces con factores de salud y extremos limitantes; disfunciones cognitivas, sobre todo problemas de memoria. (16)

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.

2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.

3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc. (16)

En cuanto a los signos, llama la atención el llanto asociado con notable irritabilidad en lugar de expresiones de tristeza; agitación; expresiones físicas de dependencia y conductas compulsivas; características que pueden confundir y hacer que no se llegue al diagnóstico de depresión. (8, 12)

<p>Síntomas de depresión (17)</p> <ul style="list-style-type: none">• Retardo psicomotor• Tristeza intensa• Percepción de pérdida• Falta o pérdida de interés• Anhedonia• Desesperanza• Ideación suicida• Autodesvalorización• Culpa excesiva• Insomnio tardío• Pérdida o aumento de peso• Pérdida o aumento del apetito	<p>Síntomas comunes (17)</p> <ul style="list-style-type: none">• Fatiga• Baja autoestima• Insomnio• Dificultad para concentrarse• Irritabilidad• Agitación <p>Síntomas de ansiedad (17)</p> <ul style="list-style-type: none">• Preocupación constante• Hipervigilancia• Tensión, nerviosismo• Percepción del peligro• Sentimientos de temor• Incertidumbre, inseguridad• Insomnio de conciliación
---	---

1.8 DIAGNÓSTICO

Con base en la elevada frecuencia de la sintomatología depresiva en los adultos mayores, es recomendable realizar sistemáticamente, junto con el examen mental, una evaluación del afecto, con las manifestaciones clínicas propias del síndrome depresivo. (18)

El diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible.

Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, 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. (16, 18)

La valoración clínica de los ancianos implica un abordaje distinto. Un cambio reciente o una sensación constante de agotamiento, incluso en periodos de descanso, con frecuencia son indicadores certeros. El menor disfrute de las situaciones (anhedonia) no debe considerarse como un estado normal en los ancianos. Para detectarlo es útil identificar primero los aspectos de la vida que el paciente solía disfrutar, por ejemplo ver televisión, recibir visitas, la compañía de miembros más jóvenes de la familia, escuchar música, etc., y después interrogarlo respecto de su capacidad de disfrute actual de dichas situaciones.

La depresión puede ser la expresión inicial de diversos cuadros orgánicos cerebrales, como demencia o enfermedad de Parkinson, o manifestarse en el curso del problema orgánico, tal como ocurre en el caso de la enfermedad vascular cerebral.

Durante la evaluación deben interrogarse todos los medicamentos (prescritos o no) para identificar los que pudieran tener síntomas depresivos como efectos adversos, ya que en los ancianos la polifarmacia es frecuente. En particular, se preguntará sobre la ingesta de depresores del sistema nervioso, como el alcohol, benzodiazepinas, que a menudo se usan como hipnóticos para trastornos del sueño, fármacos como L-dopa para el Parkinson, beta bloqueadores y anticolinérgicos. (16)

Fármacos depresógenos (16)

- Antiinfecciosos
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antiparkinsonianos
Amantadita
Levodopa
- Broncodilatadores
- Digital, procainamida
- Hormonas
Corticoides
Hormona corticotropa
- Inmunosupresores
- Opiáceos
- Psicofármacos
- Anfetaminas y otros supresores del
apetito
- Anticomiciales
- Barbitúricos
- Benzodiacepinas

Es importante hacer hincapié en la evaluación de la funcionalidad tanto para las actividades básicas de la vida cotidiana (alimentación, higiene, traslado, vestido, control de esfínteres) como para las actividades instrumentales cotidianas (compras, manejo de finanzas, uso de teléfono, traslado al exterior).

Otro aspecto importante es el relacionado con las redes de apoyo con que el paciente cuenta. Se sabe que el entorno familiar y social del paciente deprimido puede favorecer y perpetuar la depresión o constituir un factor terapéutico ambiental a favor del paciente. Asimismo, permite valorar las posibilidades de apego al tratamiento y la vigilancia externa de los posibles efectos adversos.

Se pueden mencionar algunos puntos de particular interés para el interrogatorio sobre los antecedentes y el padecimiento actual. (17)

Historia clínica: antecedentes de interés (16)

- Antecedentes heredo familiares
 - a. Historia familiar de depresión, otros trastornos psiquiátricos o ambos.
- Antecedentes personales no patológicos
 - b. Personalidad pre mórbida
 - c. Nivel de funcionalidad social y laboral previos
 - d. Situación socioeconómica previa y actual
- Antecedentes personales patológicos
 - e. Historia personal de depresión, otros trastornos psiquiátricos o ambos.
 - f. Abuso de sustancias
 - g. Respuesta a tratamientos psiquiátricos previos

Historia clínica: padecimiento actual (16)

1. Inicio de la sintomatología
 - a. Precoz o tardío
 - b. Evolución
 - c. Respuesta a tratamiento actual (en su caso)
2. Otros trastornos coexistentes, médicos, psiquiátricos o ambos
3. Tratamientos actuales médicos, psiquiátricos o ambos.

Debemos tomar en cuenta exámenes de laboratorio y gabinete básicos y recomendables para la evaluación de rutina de los pacientes deprimidos. En cada caso deben solicitarse los estudios complementarios necesarios de acuerdo con los hallazgos o sospechas clínicas específicas. No se conoce hasta la fecha un marcador biológico diagnóstico adecuado de la depresión en el anciano, el cual tendría que contemplar efectos de la edad, subtipos potenciales de depresión y edad de inicio, así como discriminar debidamente entre la depresión y otros síndromes. Se debe evaluar la función tiroidea en todos los casos nuevos, ya que no es raro encontrar discretamente descendidos los niveles de tiroxina y elevados los niveles de hormona tirotrópica. (16, 18)

Exámenes básicos de laboratorio y gabinete (16)

1. Biometría hemática completa
2. Química sanguínea : albúmina, urea, creatinina, calcio, fósforo, sodio, potasio, enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina y amilasa.
3. Niveles séricos de folato y vitamina B12
4. Examen general de orina
5. Pruebas de funcionamiento tiroideo
6. Placa simple de tórax
7. Electrocardiograma

Los criterios del DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría son universalmente aplicados.

Se considera que un paciente padece depresión si presenta un estado de ánimo deprimido y/o la imposibilidad de disfrutar de actividades en una manera placentera durante dos semanas, agregándose por lo menos cuatro de los síntomas que se mencionaran, y que representan un cambio del funcionamiento previo. (16)

Depresión (DSM – IV TR) (18)

- 1) Humor deprimido, la mayor parte del día, casi todos los días
- 2) Pérdida del placer o interés por las tareas habituales
- 3) Pérdida o aumento del apetito o peso sin dietas especiales
- 4) Insomnio o hipersomnia
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor
- 6) Pérdida de energía o fatiga
- 7) Sentimientos de inutilidad, autorreproche o culpas excesivas o inapropiadas
- 8) Disminución de la capacidad de pensar o de concentración
- 9) Ideas recurrentes de muerte, suicidio o deseos de estar muerto

Existen otros síntomas comunes como la magnificación en la percepción del dolor, los síntomas cardiovasculares o la pobre concentración.

Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de depresión.

Se suele recurrir al empleo de test de detección de la depresión como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, debemos tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir a la evaluación e interrogatorio del paciente y sus familiares. 17,18

Las características esenciales de las escalas o instrumentos de medición deben ser su validez y confiabilidad. En la selección de un instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto y de las características ya mencionadas, su especificidad y sensibilidad. El término sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (depresión) de los que no son. Especificidad se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los no “casos” (de depresión) de los que si son. La confiabilidad es el grado de reproducibilidad del instrumento.

De acuerdo con los objetivos del clínico, hay instrumentos que permiten hacer el diagnóstico de depresión, otros sirven para determinar la gravedad del padecimiento o para evaluar la respuesta al tratamiento instituido. (18)

1.9 INSTRUMENTOS O ESCALAS DE EVALUACIÓN

- ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE (EDG)

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 (8) y consta de 30 preguntas de formato si/no. En 1986, Sheik y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la aplicación, con una sensibilidad y especificidad de entre 80 a 95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl C. Alessi, L. Rubenstein et al, desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión. (16)

La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. A cada pregunta, el sujeto responde por SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10

sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave. El máximo total de puntos es 30. 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión. Puede auto-administrarse pero puede también ser llenada por un entrevistador, aunque el sesgo en la respuesta es más probable en esta última opción. (16)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

Responda a cada una de las siguientes preguntas según se ha sentido usted durante la ÚLTIMA SEMANA

1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	si NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SI no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SI no
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SI no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SI no
9. ¿Prefiere usted, quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SI no
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SI no
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	si NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está usted, actualmente?	SI no
13. ¿Se siente lleno de energía?	si NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SI no
15. ¿Cree usted, que las otras personas están en general, mejor que usted?	SI no

Sume todas las respuestas SI mayúsculas o NO en mayúsculas o sea:
 SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 Calificación: 0-5 no deprimido; 6-15 deprimido

Sheikh JL. Yesavage JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version clinical."

- ESCALA DE GOLDBERG

Valora tanto síntomas depresivos como ansiosos. Se interroga al paciente sobre la presencia o ausencia, en las 2 semanas previas, de 4 síntomas en la subescala de ansiedad y otros 4 en la de depresión. En caso de obtener una o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión estamos obligados a completar otro cuestionario con 5 preguntas más. En esta subescala el punto de corte se fija en 2, de forma que cifras superiores son indicativas de depresión y la intensidad será tanto más alta cuanto mayor sea la puntuación obtenida. (16)

- ESCALA DE HAMILTON

Es una escala de valoración afectiva subjetiva que consta de 21 ítems que valoran el estado anímico, existencia de síntomas de culpabilidad, ideación suicida, alteraciones del ritmo del sueño, influencia del estado anímico en el trabajo y actividades habituales, cambios en el comportamiento, posible aparición de síntomas de afectación psicósomática y neuróticos. Cada respuesta positiva de los ítems explorados se valora con un punto. Entre 8 y 14 puntos se nos orienta hacia depresiones menores, distimias, etc. Puntuaciones superiores a 14 son sugestivas a depresiones de moderadas a severas. Este test, de aplicación en atención primaria, más que como cribado de depresión en ancianos podría usarse como segunda prueba (por ejemplo, tras un test de Yesavage que sugiera depresión) para valorar la intensidad del trastorno depresivo, así como, la evolución de los síntomas en relación con el tratamiento. (16)

- ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG

Puede emplearse también como cribado. Hay una versión validada en español con 20 preguntas autoaplicadas, cada una de las cuales tiene 4 posibles respuestas cada una de ellas con un valor determinado de 1 a 4. Las puntuaciones más altas se correlacionan con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal hasta 27 puntos. Entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada, y por encima de 53 depresión grave. Se tendrá en consideración que en pacientes con trastornos cognitivos, incluso leves, estos test psicométricos afectivos pueden dar resultados normales. También ocurre al contrario, test de valoración cognitiva aplicados a sujetos con cognición normal y estado depresivo pueden verse alterados. (16)

1.10 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN ⁽¹²⁾

<p>1. Enfermedades metabólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición - Deficiencia de vitamina B12 - Deficiencia de folato <p>2. Enfermedades neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclerosis lateral amiotrófica - Trastornos de movimiento - Enfermedad cerebro-vascular <p>3. Neoplasias</p> <ul style="list-style-type: none"> - De cualquier tipo <p>4. Otros padecimientos psiquiátricos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno bipolar I - Trastorno bipolar II - Trastorno distímico - Trastorno psicótico - Demencia de cualquier tipo (incluida la enfermedad de Alzheimer) - Trastorno inducido por abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias 	<p>5. Enfermedades endócrinas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Cushing - Hiperparatiroidismo - Hipotiroidismo <p>6. Enfermedades autoinmunes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polimialgia reumática - Artritis reumatoide - Síndrome de Sjogren - Arteritis temporal <p>7. Infecciones virales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis - Infecciones por VIH <p>8. Medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Benzodiacepinas - Alfa-metildopa - Cimetidina, - Clonidina - Corticoesteroides - Digitálicos - Terapia de reemplazo hormonal - Hidralazina - Propoxifeno - Propranolol - Reserpina - Antineoplásicos
--	--

1.11 TRATAMIENTO

El tratamiento debe iniciar al momento de realizar el diagnóstico. Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados, pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad.

Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social.

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención. Esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 80%. (4, 19)

- Intervención psicoterapéutica

Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual. El usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión. (20)

- Intervención psicofarmacológica

Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas se debe evaluar la función renal con la fórmula de Cockcroft - Gault. ($CL_{cr} = \frac{[140 - \text{edad (años)}] \times \text{peso (kg)}}{[72 \times \text{niveles de creatinina sérica (mg/dL)}] \{ \times 0.85 \text{ en mujeres} \}}$), para hacer el ajuste correspondiente. (20)

- Intervención psicosocial

Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades

de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc., con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales. (4, 21)

- Atención pre-hospitalaria

La inmensa mayoría de los TDM son tratados en forma ambulatoria. Solamente existen tres circunstancias en las cuales se considera la hospitalización:

1. Alto peligro de suicidio.
2. Niveles de angustia imposibles de ser manejados con sedantes en dosis propias de tratamiento ambulatorio.
3. Cuando el paciente habita sólo o no tiene ayuda y le es imposible lograr un mínimo de autocuidado que le permita seguir las instrucciones del tratamiento. (5, 16)

- Hospitalización

La primera y más difícil decisión que debe tomar el médico es la de si hay que hospitalizar al paciente o puede intentar un tratamiento ambulatorio, esto basado en consideraciones clínicas. En presencia de una depresión aguda, la hospitalización es de una necesidad imperiosa.

La depresión leve puede ser manejada con seguridad en la consulta si el médico evalúa con frecuencia al paciente, si no existen algunos signos, pérdidas de juicio o de peso o bien insomnio, y si el sistema de apoyo ambiental se considera fuerte y no excesivo ni insuficientemente preocupado por el paciente.

Habiendo historia de un episodio anterior, el episodio actual tendrá la misma gravedad en la mayoría de los casos, cualquier signo de cambio a peor de los síntomas de la conducta exterior o de la actitud del ambiente hacia el paciente basta para requerir la hospitalización. (17)

PSICOTERAPIAS

Se comenzará en el momento de la consulta, ofreciendo al paciente un soporte emocional e intentando conseguir de él la mayor participación en la terapéutica. Se escuchará al paciente sin prisas, explicándole su proceso y las posibilidades de curación, así como instruir a los familiares sobre el cuidado y manejo del anciano deprimido. Se aconsejará al paciente que no tome decisiones rápidas y sin comentarlas previamente. Finalmente se incrementará su autoestima. (3, 16)

Las posibilidades de psicoterapia pueden ser de sostén y de reeducación, que permitan obtener la recuperación o refuerzo del YO.

Psicoterapia de reconstrucción expresiva del conflicto. Psicoterapia de apoyo, que intente evitar consecuencias negativas de las circunstancias desencadenantes y de la propia enfermedad en el paciente o en sus familiares. Hacer profilaxis de secuelas y recaídas. (15, 16)

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Como grupo de ayuda mutua se entiende un grupo específicamente creado para ayudar a sus miembros a afrontar la situación vital crítica, como es el caso de los enfermos mentales crónicos, y por otro informar, orientar y apoyar a las familias ofreciendo recursos para soportar la angustia y sobrellevar los prejuicios vinculados al desconocimiento de determinadas enfermedades.

Estos grupos y redes “no profesionales” funcionan de forma autónoma y surgen en la sociedad cuando las organizaciones de asistencia sanitaria formales no satisfacen ciertas necesidades. Los ejemplos mejor conocidos son los grupos de alcohólicos anónimos y los programas de autoayuda para los trastornos de los hábitos alimenticios. Se presume que estos grupos son principalmente autosuficientes y habitualmente sin interferencia profesional. (16)

Por su parte, los grupos de apoyo suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, permitiendo interactuar con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes. Un grupo puede comenzar siendo de apoyo y convertirse con el tiempo en uno de ayuda mutua con funcionamiento autónomo, si bien del mismo modo y puntualmente, éste puede necesitar la ayuda de un profesional o de una institución y funcionar durante cierto tiempo como un grupo de apoyo.

Los grupos de apoyo y de socialización parecen constituir factores protectores en personas mayores con depresión, mientras que las limitaciones sensoriales, como la ceguera y la sordera, la soledad, la ausencia de vivienda y los bajos ingresos económicos se comportan como factores de riesgo para depresión. (15)

TERAPIA FAMILIAR

No suele considerarse como una terapia primaria para el tratamiento de la depresión, pero su uso está indicado en los casos que:

1. La depresión de un individuo parece alterar seriamente su funcionamiento familiar, matrimonial o ambos.
2. En la que la depresión del individuo parezca estar promovida y mantenida por pautas de interacciones matrimoniales o familiares.

La terapia familiar examina el papel del miembro de la familia deprimido en el bien psicológico general de toda la familia; también se examina el papel de la familia en el sentimiento de la depresión. Este enfoque tiene un valor especial, cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños. (16, 17)

COMBINACION DE PSICOTERAPIA Y MEDICACION

La depresión es un complejo grupo de trastornos que implica a muchos sistemas corporales. Las medicaciones pueden estar indicadas en ciertas depresiones, mientras que en otras son preferibles los enfoques psicoterapéuticos. En muchos casos, lo mejor es una combinación de fármacos y psicoterapia. Existen pruebas de apoyo de la idea de que fármacos tienden a afectar a los síntomas somáticos y vegetativos específicos de la depresión, mientras que la psicoterapia afecta los aspectos interpersonales y cognitivos. Por ello, un enfoque global incluiría a ambas modalidades que se complementan mutuamente. (20)

TERAPIAS ELECTROCONVULSIVAS (TEC)

También denominado sismoterapia, o conocido por su abreviatura inglesa TEC (terapia electroconvulsiva). Desempeña un importante papel en el tratamiento de la depresión en el anciano no sólo como tratamiento del episodio actual, sino también como tratamiento de mantenimiento.

La TEC ha probado su eficacia en diversos estudios y se utiliza en episodios depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos y en depresiones resistentes. También debería considerarse como tratamiento de primera línea en situaciones agudas de riesgo de suicidio o en pacientes gravemente deteriorados médicamente.

No existen contraindicaciones absolutas para la terapia electroconvulsiva, aunque sí situaciones de riesgo relativo.

Sus contraindicaciones son la presencia de neoformaciones cerebrales, hemorragia cerebral reciente, infarto agudo al miocardio reciente e hipertensión intracraneal. Suelen ser suficientes de 6 a 10 sesiones para obtener en ocasiones resultados espectaculares.

Respecto a los efectos secundarios, dependen fundamentalmente de las condiciones previas del paciente, su susceptibilidad personal, la técnica utilizada (bi o unilateral), el número de sesiones empleadas y la frecuencia de administración. Pueden ser inmediatos (confusión mental, amnesia y cefalea) o más persistentes (euforia y trastornos cognitivos). (16, 20)

Se encuentra indicada en:

1. Falta de respuesta o respuesta incompleta a los intentos farmacológicos.
2. Enfermedad grave, que precisa una respuesta rápida en condiciones que se sabe responden bien a TEC, por ejemplo, depresión psicótica con ideación suicida.
3. Comorbilidad médica que impide el uso de medicamentos que de otra forma estarían indicados.
4. Buena respuesta anterior a TEC.
5. Deterioro progresivo de las condiciones físicas generales a causa de la depresión.
6. Depresiones graves con síntomas psicóticos. (20)

FARMACOTERAPIA

Dada la complejidad de la comorbilidad en el paciente anciano, el uso de psicotrópicos requiere de una reevaluación constante y es de particular importancia considerar la polifarmacia y sus posibles interacciones.

En general no ha sido posible demostrar una clara superioridad de una familia de fármacos sobre el resto en términos de eficacia.

Para reducir los efectos secundarios, el médico puede empezar con una dosis baja e incrementarla paulatinamente con base en la tolerancia y la respuesta terapéutica.

Los estudios realizados en ancianos demuestran los beneficios del tratamiento de largo plazo en cuanto a prevenir las recaídas de la depresión. Después de un primer episodio, la terapéutica debe continuar por un mínimo de 6 a 12 meses tras la recuperación de los

síntomas; en algunos estudios se indica que ha de mantenerse por periodos superiores a dos años.

Brindar información respecto de la depresión y su tratamiento es fundamental por que los pacientes tienden a suspender la farmacoterapia en forma prematura, una vez que se siente mejor, o en los primeros días de tratamiento cuando no se observa una respuesta inmediata. (3, 20)

- Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas

Destacándose principalmente dos tipos de antidepresivos según su estructura: tricíclicos y heterocíclicos.

- Antidepresivos tricíclicos (ADT)

Se utilizan con regularidad, se incorporan a este grupo varios compuestos tetracíclicos que en un inicio se consideraban substancialmente distintos. Estos compuestos comparten muchas propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, efectos secundarios y mecanismos de acción. El primer antidepresivo tricíclico fue la imipramina, ésta al ser estudiada como análogo fenotiazínico demostró poco efecto antipsicótico pero gran efecto antidepresivo. Actúan sobre todo a través de la inhibición de la recaptura de Na y 5-NT. Su variación relativa en potencia y afinidad sobre estos receptores, así como de otros neurotransmisores, explica sus diferencias en respuestas clínicas y patrón de efectos colaterales. (18)

Antes de iniciar el tratamiento con los ADT, se deberá llevar a cabo un examen físico y de laboratorio rutinario, incluyendo pruebas de función hepática, determinación de electrolitos y un electrocardiograma.

Los ADT poseen un efecto antiarrítmico tipo I que se asocia con prolongación del intervalo Q-T y una disminución en la variabilidad cardiaca. Alteraciones en la capacidad de metabolizar estos medicamentos, o la presencia de desequilibrios electrolíticos, favorecen el desarrollo de arritmias que pueden ser fatales.

Efectos secundarios más comunes incluyen la sedación, hipotensión ortostática, efectos anticolinérgicos y aumento de peso.

Por otra parte, la duración mínima antes de juzgar el efecto terapéutico de un antidepresivo es de 4 a 6 semanas y el tiempo de mantenimiento de la medicación, no menos de 6 meses; por el contrario el riesgo de recaída, es elevado. (19, 20)

- Antidepresivos heterocíclicos

Antidepresivos heterocíclicos a destacar son la trazodona y la nefazodona. La trazodona tiene una marcada acción sedante e inductora del sueño. Se ha utilizado también para tratar el insomnio, así como cuadros de agitación en ancianos. Puede provocar hipotensión ortostática y se han descrito casos de priapismo. La nefazodona, estructuralmente parecida a la trazodona, inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina (con menor intensidad), y está indicada en el tratamiento de trastornos depresivos y ansiosos. Parece producir poca interferencia en la esfera sexual; puede provocar cefalea, somnolencia y náuseas. (18, 19)

- Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS)

Fueron desarrollados buscando una mayor especificidad sobre el sistema serotoninérgico. Componen esta familia: citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Su forma de dosificación es más sencilla y permite iniciar tratamientos con dosis terapéuticas, lo que hace menos frecuente la necesidad de ajustar la dosis; por otro lado, tienen un diferente perfil de efectos secundarios, en general mucho más benigno, y resultan mucho más seguros tanto en su uso terapéutico como en caso de sobredosis.

La fluoxetina es la que tiene la semivida más prolongada (de unos 9 días aproximadamente, debido a la existencia de metabolitos activos), mientras el resto se mueve alrededor de las 20 horas; la paroxetina muestra la mayor potencia de acción sobre la recaptación serotoninérgica, pero esa diferencia no parece influir sobre su utilidad terapéutica. La paroxetina es el ISRS más sedante, mientras que la fluoxetina parece tener una acción más estimulante.

Los efectos secundarios más habituales se deben a su acción sobre el aparato gastrointestinal; pueden aparecer náuseas, vómitos, hiporexia y diarrea. También provocan frecuentes disfunciones sexuales, cambios ponderales (se ha señalado adelgazamiento con fluoxetina y ganancia de peso con paroxetina), cefalea, inquietud (fluoxetina) e insomnio (fluoxetina); paroxetina y fluvoxamina tienen ligeros efectos anticolinérgicos. (21)

- Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina

La venlafaxina comparte por tanto el mecanismo de acción de los tricíclicos, pero con un perfil de seguridad y efectos secundarios más parecido al de los ISRS, salvo la posibilidad de incremento de la tensión arterial cuando se utilizan dosis altas. La tasa de respuestas en los

episodios depresivos mayores parece ser dosis-dependiente; se ha sugerido que su efecto antidepressivo puede aparecer de forma más rápida que con el resto de los antidepressivos. (20)

- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)

Son tan efectivos como los ATCS. La introducción de esos agentes se basó en la observación de que la iproniazida, un medicamento antituberculoso e inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), producía elevación del estado de ánimo y revertía los efectos depresivos inducidos por la reserpina. Aunque traen consigo el riesgo de inducir crisis hipertensivas, se entiende claramente que estos productos pueden utilizarse con salvedad con la provisión de que una dieta especial baja en tiramina se guarde de manera rigurosa y se evite su uso concurrente con ciertos medicamentos. Otra importante consideración deberá ser el riesgo de síndrome serotoninérgico, facilitado por la interacción con agentes que incrementan la disponibilidad de 5-HT en el sistema nervioso central. El uso concomitante con ISRS debe evitarse por completo, requiriendo incluso un periodo de eliminación de por lo menos dos semanas antes de iniciar tratamiento con ISRS después de un IMAO y viceversa (4 a 6 semanas cuando el IMAO substituye a la fluoxetina).

Existen también antidepressivos inhibidores reversibles de la mono aminoxidasa (MAO) A y B (moclobemida y brofaromina). La moclobemida su uso es más rutinario que los IMAO irreversibles ya que disminuyen en forma considerable el riesgo de crisis hipertensivas o del síndrome serotoninérgico.

Debido a estos riesgos de toxicidad, los IMAO son por lo regular reservados para casos de depresión resistente al tratamiento, o casos de depresión atípica con inversión de los hallazgos neurovegetativos. Los efectos secundarios más comunes incluyen hipotensión ortostática, aumento de peso, edema periférico, disfunción sexual e insomnio. (12, 20)

- Inhibidores de la recaptura de noradrenalina

Acarrean un perfil de efectos secundarios distintos. Aunque reboxetina y anfebutona carecen de afinidad por los receptores muscarínicos, sus efectos secundarios en apariencia anticolinérgicos (constipación, resequedad de boca, retención urinaria) son el resultado de una sobre estimulación noradrenérgica periférica. Su eficacia clínica es ampliamente demostrada y su popularidad continúa incrementando, llegando también a ser considerados por muchos clínicos como agentes de primera opción. (12, 16)

- Litio

Uno de los fármacos con mayor rendimiento es el de sales de litio, aunque eleva el riesgo de neurotoxicidad; se recomienda emplearlo, si es necesario, en los viejos jóvenes, con función renal estable y sin alteraciones cognitivas importantes. Antes de utilizarlo es importante una amplia evaluación médica. Es necesario tener presente que, debido al cambio que se produce en la función renal con el envejecimiento, la depuración esta disminuida, por lo que se prolonga la eliminación de la vida media a 34h en los mayores. Los efectos colaterales se dan alrededor de 40% de los casos; sobresalen al respecto los neurológicos, cardiovasculares, renales, tiroideos y gastrointestinales. En 20% de los casos, y en relación con la dosis, pueden presentarse efectos tóxicos (delirio, ataxia y eventualmente convulsiones).

La eficacia del litio como antimaniaco y en la profilaxis de los trastornos bipolares no ofrece dudas, ya que dos tercios de los pacientes responden en alguna medida. La profilaxis de las depresiones unipolares con litio puede intentarse especialmente en aquellos casos que tienen riesgo de evolución bipolar. (13, 17)

En los pacientes que además presenten ansiedad y/o insomnio se sugiere utilizar clonazepam en gotas para un mejor control de dosis, ya que las modificaciones se podrán realizar a micro dosis de 0.1 mg = 1 gota, en dosis respuesta, debiendo suspenderse al desaparecer la ansiedad o insomnio; en todos los casos debe existir monitorización frecuente por la posible aparición de sedación como efecto secundario, adecuando la dosis a las necesidades de cada paciente. (18, 20)

El tratamiento farmacológico se divide en 3 fases:

1. Aguda, hasta alcanzar una remisión.
2. Mantenimiento, para prevenir una recaída dentro del episodio en tratamiento.
3. Profilaxis, para prevenir la recurrencia del TDM después de por lo menos seis meses de una remisión completa del episodio tratado. (18)

- Fase de inicio

Se cita al paciente cada 14 días para evaluar adherencia terapéutica hasta obtener remisión de síntomas y estabilidad clínica. La intervención se complementa con la aplicación psicoterapéutica durante la consulta médica habitual, es decir la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional.

- Fase de mantenimiento

Se inicia al obtener remisión de la sintomatología, que en caso de un apego adecuado al tratamiento debe ser de 4 a 6 semanas, antes de pensar en reajustar las dosis de cualquiera de los medicamentos recomendados, mediante el incremento a 40 miligramos en 24 horas (dosis máxima) o cambiar tratamiento; debe mantenerse la intervención farmacológica con dosis útiles durante un período de 9 a 12 meses con el fin de evitar recaídas, así como también las intervenciones de consejería psicosocial y psicoterapia (con psicólogo) en caso de mejoría parcial. (18, 19)

1.12 OTROS TRATAMIENTOS

- Ejercicio

La actividad y la ocupación del tiempo libre son las medidas preventivas que nos ayudarán a mantener la salud de los adultos mayores.

Dentro de las actividades a desarrollar está la actividad física que podría reducir en forma importante el riesgo a enfermar, ya que produce importantes modificaciones en la personalidad, tales como la estabilidad emocional, elevando la autoestima, la confianza y mejorando la percepción de si mismo.

El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue desarrollar su autoestima y un mejor y mayor apoyo entre sus semejantes lo que favorece sus relaciones con el entorno.

Está comprobado que cualquier actividad física tiene un efecto sobre el sistema de defensas y favorece el crecimiento neuronal, contrarrestando las funciones que se encuentran alteradas en la depresión tales como la afectividad, la cognición, la psicomotricidad y la conducta. Favorece la producción de endorfinas, neurotransmisores que reducen las sensaciones de dolor, que actúan como ansiolíticos internos. (17, 22)

En diferentes trabajos de investigación, coinciden que el ejercicio físico, tiene un efecto antidepresivo y es que es un elemento terapéutico importante. Expertos del Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas (18), aseguran que la indicación de actividades físicas tales como andar en bicicleta, caminar, bailar, hacer gimnasia o nadar, tiene efectos similares a los proporcionados por los antidepresivos y la psicoterapia.

La actividad física por si sola no cura la depresión, pero la idea de hacer algo activo para revertir la inactividad característica de la depresión y estimular los mecanismos que reducen

los estados de ánimo negativos. Las actividades placenteras en general han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la depresión.

Se debe elegir la actividad que más se prefiera y respetar siempre tres condiciones: progresiva (empezar poco a poco), divertida (que le guste) y posible (que no interfiera con su vida) y para empezar debe de hacer una actividad liviana dos o tres veces por semana 40 o 45 minutos de duración bajo supervisión de médicos y entrenadores físicos especializados en adulto mayor. Es preferible que sean grupales, ya que el trabajo en grupo permite a la persona deprimida poder salir del estado de aislamiento en que se encuentra. (22)

- Acupuntura

La acupuntura es una técnica que consiste en la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo y se basa en la medicina tradicional china. Existe una amplia variedad de técnicas, entre las que se incluyen la clásica o tradicional, la auricular, la de puntos gatillo y la de puntos únicos.

Las revisiones coinciden en que no existen pruebas científicas suficientes para determinar si la acupuntura específica para la depresión es más eficaz que la inespecífica o el no tratamiento, o si la acupuntura más medicación es más eficaz que la acupuntura más placebo. (17)

- Herbolaria

En los últimos años, el uso de hierbas para el tratamiento de la depresión como de la ansiedad ha generado un gran interés. La planta conocida popularmente como hierba de San Juan o corazoncillo (el nombre científico es *Hypericum perforatum*) es una hierba muy utilizada en Europa para el tratamiento de la depresión moderada, y ha captado recientemente la atención de los investigadores de todo el mundo. Ha sido usada durante siglos como parte de muchos remedios naturales y populares. En Alemania, el *Hypericum* se utiliza hoy día para el tratamiento de la depresión más que cualquier otro antidepresivo. Sin embargo, la eficacia de esta hierba no se ha aclarado porque los estudios científicos que se han llevado a cabo se realizaron únicamente a corto plazo y utilizaron dosis diferentes.

La Food Drugs Administration (FDA) de los Estados Unidos hizo un anuncio oficial en el 2000, en él se afirma que la hierba de San Juan parece actuar a través de una de las vías metabólicas usadas por otros medicamentos (algunos anticonvulsivos). (17)

- Aroma terapia

La aromaterapia está fundamentada en la idea de que las moléculas aromáticas presentes en los aceites esenciales extraídos de las plantas se absorben a través de la nariz, la piel o los pulmones; desatando ciertas respuestas fisiológicas o induciendo diversos estados de ánimo.

Estos aceites esenciales (llamados así porque algunos proponentes de la aromaterapia creen que son la “esencia” de la planta) se obtienen por lo general por medio de un proceso de destilación al vapor o de prensado en frío. Los aceites esenciales pueden obtenerse de las hojas, raíces, flores o ramas de las plantas. Existen varios aceites esenciales a los cuales se les atribuyen propiedades antidepresivas o la capacidad de elevar nuestro estado de ánimo. Uno de éstos es la lavanda. Su suave aroma floral se estima que no sólo posee cualidades antidepresivas sino que puede ayudarnos a relajarnos, a balancear la mente con el cuerpo, a inspirarnos una sensación de tranquilidad y sosiego, y a dormir mejor. También puede untarse en la piel o pueden echarse varias gotas en un vaporizador y aspirar el aroma. Si no tiene un vaporizador puede echar tres o cuatro gotas en una vasija con agua hirviendo. Para la depresión, la *lavanda* puede combinarse con otros aceites esenciales como los de *romero*, *skullcap* (*escutelaria*) y *kola*. Otros aromas que pueden ayudar a combatir la depresión son los de albahaca, jazmín, y rosa. ⁽¹⁷⁾

- Alimentación

La producción de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina tienen una estrecha relación con los estados anímicos y la depresión puede verse afectada por los alimentos que se ingieren. Aunque hasta ahora no existe evidencia definitiva que conecte ciertos alimentos con determinados estados de ánimo, muchas personas advierten que ciertos alimentos les afectan de forma particular. Algunos de los alimentos que se han señalado para personas con tendencia a la depresión son aquellos que contienen azúcar, alcohol, cafeína, trigo, ciertos aditivos y grasas hidrogenadas.

En el caso de la depresión se ha encontrado una relación entre ésta y la deficiencia de vitamina C, vitamina B1, vitamina B6, vitamina B12, niacina y ácido fólico. ¹⁸

En el caso de la vitamina B6 se ha comprobado que incluso deficiencias menores de ésta pueden causar una reducción de los niveles de serotonina en el cerebro, un neurotransmisor que, como ya hemos señalado, regula los estados de ánimo y cuya deficiencia es causante de

depresión. Existen estudios que confirman que las personas deprimidas generalmente tienen niveles bajos de vitamina B6.

Otros estudios han demostrado la existencia de bajos niveles de ácido fólico en personas deprimidas. También se ha encontrado una relación entre un bajo nivel de potasio y varios síntomas de la depresión tales como cansancio y cambios en el estado anímico. Estos estudios demuestran la importancia de la nutrición tanto para la prevención como para el tratamiento de la depresión. (17, 23)

1.13 CRITERIOS DE REFERENCIA

Un número considerable de pacientes deberán ser referidos a tratamiento con especialista.

Las siguientes condiciones resumen los criterios de referencia:

Suicidio: el riesgo suicida del paciente debe valorarse a lo largo de todo el tratamiento; cuando se presente debe manejarse en forma inicial para reducir la impulsividad y referirse tan pronto como sea posible al especialista.

Cuando la angustia es preponderante y difícil de regular, frecuentemente las dosis para controlarlo exceden las prudentes para prescripción ambulatoria. Estos montos de angustia suelen producir severos efectos sobre el funcionamiento global del paciente y también un impacto muy serio en la familia y el entorno. (4, 17)

Ante su presencia es recomendable referir a especialista:

En caso de concurrir un TDM con una crisis psicosocial, es necesario adelantar una serie de intervenciones que trascienden el ambiente del cuidado primario.

Cuando un tratamiento agudo únicamente resulte en una respuesta parcial y dicho tipo de respuesta insatisfactoria se prolongue por más de 12 semanas, es probable que se requieran estrategias de potenciación, re-evaluaciones diagnósticas y formas duales de medicación que forman parte del terreno de lo especializado. (18)

- Pronostico

La bibliografía consigna un cambio en la percepción del pronóstico de la depresión en el anciano, ha oscilado de un pesimismo aplastante a un optimismo sorprendente.

A la depresión en este grupo de edad se ha aplicado la regla de los tercios: una tercera parte logra la recuperación total, otro tercio presenta recaídas y el tercio restante sólo mejora de manera parcial.

La mayoría de los autores coincide en que ni el género ni la edad, de manera aislada, son determinantes de la evolución, pero si los son la gravedad de los síntomas, enfermedades crónicas y el deterioro cognitivo. La edad puede desempeñar un papel importante si se toma en cuenta como el inicio del cuadro y si se considera que el pronóstico de los trastornos afectivos de inicio tardío es menos favorable al de aquellos de inicio más temprano. (18)

1.14 ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento, se define según Binet, como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Se caracteriza por la pérdida progresiva a través del tiempo de la capacidad de adaptación y de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994, ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad.

Las Naciones Unidas y la OMS, en su propósito de implantar un criterio internacional, han establecido convencionalmente los 60 años como la edad de inicio de la vejez.

En México, en las reuniones internacionales académicas se le define como “adulto mayor”.

Se acepta la denominación de los viejos jóvenes (60 a 74 años), viejos viejos (75 a 84 años), viejos longevos (85 a 99 años) y centenarios de más de 100 años. El segmento de población de crecimiento más rápido en la vejez es el de mayores de 85 años, así como el que mayor morbilidad y más problemas físicos y mentales presenta.

La vejez es una etapa en la que el envejecimiento genera cambios anatómicos, bioquímicos y psicológicos que llevan al adulto mayor a un equilibrio frágil de sus funciones y a la alteración sutil de estas. (24)

Una característica fundamental del proceso de envejecimiento es la disminución de la capacidad para mantener la homeostasis, lo cual se manifiesta de manera característica como una incapacidad de adoptarse ante estímulos estresantes internos o externos, más que como cambios en los parámetros basales. La pérdida de reserva se traduce en incapacidad de respuesta máxima y retardo hasta alcanzar de nuevo las condiciones basales.

El envejecimiento se manifiesta con una pérdida gradual de declinaciones, a veces, algunas aparecen más tempranamente que otras, esta declinación no aparece funcionalmente hasta que hay una pérdida orgánica y que sea francamente extensa. Tomando en cuenta estos estudios, podría decirse que muchos órganos y sistemas van perdiendo aproximadamente el 1% por año a partir de los 30 años. (25)

1.15 CARACTERISTICAS FISIOLÓGICAS DEL ENVEJECIMIENTO (26)

Sistema	Cambios con la edad	Respuestas clínicas
Piel	Atrofia, disminución de grasa subcutánea, atrofia de glándulas sudoríparas, uñas y pelo, y aumento de la fragilidad vascular.	Arrugas, resequedad, susceptibilidad a traumas, úlceras de decúbito, prurito, caída de pelo y encanecimiento.
Ojos	Presbiopía, opacidad del cristalino, cambios en vítreo y retina.	Disminución de la acomodación, cataratas, glaucoma, degeneración macular senil, ceguera.
Oídos	Tendencia a la obstrucción de trompa de Eustaquio, atrofia del conducto auditivo externo, pérdida de neuronas auditivas.	Disminución de la audición para frecuencias altas y la falta para distinguir gama de sonidos.
Aparato respiratorio	Disminución de la elasticidad pulmonar y ciliar bronquial.	Reducción de la capacidad respiratoria máxima, disminución del reflejo tusígeno.
Aparato cardiovascular	Pérdida de las células miocárdicas, aumento de la rigidez arterial y valvular.	Disminución del gasto cardíaco, aumento de la presión arterial máxima.
Aparato gastrointestinal	Caída de dientes, disminución de papilas gustativas, disminución del flujo salival y secreción de pepsina,	Mal nutrición, constipación, diverticulosis.

	tripsina, poca motilidad, cambios en las enzimas hepáticas.	
Aparato genitourinario	Hipogonadismo, atrofia y resequeadad de mucosa vaginal, disminución del tono y de la capacidad vesical, crecimiento de la próstata, disminución del número de glomérulos, disminución del flujo sanguíneo renal.	Respuesta sexual lenta, atrofia de mamas, vagina, etc., dificultad a la micción, disminución de la filtración y resorción tubular.
Sistema endocrino	Intolerancia a la glucosa, disminución de la actividad tiroidea y suprarrenal, aumento de la respuesta de ADH, disminución de la secreción de estrógenos y de la respuesta de aldosterona y renina.	Aumento de la glucosa postprandial a las 2 horas. Disminución del metabolismo basal y menor respuesta al estrés.
Sistema nervioso	Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida de neuronas de la corteza cerebral, cambios de los ganglios basales, alteraciones del reflejo de incorporación.	Actividad psicomotora más lenta, reducción de los reflejos de escritura, alteraciones en los ritmos de sueño con menos horas de la etapa IV y movimientos oculares rápidos (MOR). Alteraciones en la memoria.
Sistema músculo esquelético	Disminución de la masa muscular y ósea, disminución del calcio ósea, disminución del calcio óseo y el osteoide.	Disminución de la estatura y de la fuerza, aumento de la vulnerabilidad a las caídas y fracturas.
Sistema inmunológico	Ausencia de secreción de hormona tímica, disminución de la función de células T, aumento de autoanticuerpos y de la autoinmunidad.	Aumento de la susceptibilidad a infecciones y neoplasias.
Sistema regulador	Disminución del agua corporal total, disminución de la homeostasis.	Disminución del peso y estatura, hipotermia, hipotensión postural, deshidratación.

1.16 LA FAMILIA Y EL ENVEJECIMIENTO

Cuando se llega a edades muy avanzadas, el grupo social se va disminuyendo por la muerte de amigos, familiares, y otras personas con las que se convive; el individuo está cada vez más aislado de las redes sociales externas y vuelve a la familia, que es la organización social primordial, primer recurso y último refugio. Cuando el individuo no es capaz de cuidar de sí mismo, la alternativa principal es también la familia, aunque, desde luego, la familia también puede ser un lugar de desdicha y sufrimiento donde se gesten conflictos, maltratos, desilusiones y desprecio. Cada familia es y funciona diferente.

No hay que olvidar que el envejecimiento afecta a todos los miembros de la familia, sin importar su edad. Las etapas de la vida cada vez son más prolongadas y ello tiene consecuencias sociales y personales. En la actualidad, envejecer resulta complicado y al parecer complica la existencia de los demás, una de las características de esta etapa son las pérdidas, y acostumbrarse a ellas implican un proceso de adaptación tanto del individuo como de su grupo.

Lo primero que requiere la familia es orientarse respecto de los cambios propios del envejecimiento. Muchos de los problemas nacen de la ignorancia, de no saber que es envejecer, que se necesita, cómo brindar cuidados, etcetera.

Es necesario conocer las necesidades y posibilidades reales de los viejos según su estado de salud y condiciones sociales, determinar el tipo y la forma de apoyo que los diferentes miembros de la familia pueden brindar y prever alternativas de atención futura. La familia tiene que prepararse para vivir con el anciano y no contra él.

Aunque se habla de familia, no siempre participan todos sus miembros. La responsabilidad suele recaer sobre uno solo, que se convierte en el cuidador principal, las más de las veces sin proponérselo, lo cual genera conflictos, resentimientos y, en el extremo, maltrato por agotamiento. (27)

La familia debe ser investigada (familiograma) y convocada; se tratará en lo posible, de conocer sus inconvenientes y ofrecer alternativas, incluso asesoría terapéutica. Quizá la enfermedad y la dependencia representen una oportunidad para sanar la relación familiar.

Las necesidades psicosociales de los viejos comprenden:

1. Satisfacción de sus necesidades básicas: vivienda, alimentación, vestido y atención médica.

2. Satisfacción de sus necesidades psicológicas y afectivas: ser tratado como adulto, reconocer el valor de sus pérdidas, comunicación cálida y afectuosa; convivencia con los demás miembros de la familia.
3. Apoyo para que sigan con las actividades que resultan importantes para el viejo, ya sea culturales, sociales, familiares o religiosas. (27)

El individuo experimenta lentamente los cambios del paso del tiempo, y como en ocasiones ni él mismo los reconoce o acepta, la familia tarda en darse cuenta de las consecuencias de estos cambios.

Conforme la edad de los viejos aumenta, requieren más apoyo, lo cual llega a ser una gran presión para la familia o para alguno de sus miembros. Entre los aspectos que resultan especialmente críticos durante la vejez destacan: Si viven en una vivienda propia, si están en condiciones de bastarse por sí mismos, si requieren apoyo económico, necesitan compañía permanente, que tan lejos se encuentran de la familia, debe respetarse el espacio, los deseos y las capacidades del anciano. La forma en que se enfrentan las diversas situaciones que la etapa de la vejez plantea depende de los vínculos del anciano con la familia en función de su historia, de la estructura familiar como grupo y de las características de personalidad de sus miembros, entre otros factores.

Resulta necesario profundizar en el estudio del tipo de relaciones familiares entre el anciano y la familia para detectar los aspectos más vulnerables y convertir a la familia en una verdadera fuente de bienestar para el viejo, en las reuniones familiares convocadas por el médico de primer contacto se puede informar a los integrantes de esa familia y proporcionar instrucciones para una atención óptima del adulto mayor. (28)

1.17 REDES DE APOYO SOCIAL

Es importante saber si el adulto mayor cuenta con apoyo social.

La red social es un conjunto de contactos que dan identidad social a los individuos, apoyo de diferentes tipos e influye en la búsqueda de ayuda que hacen las personas. La primera fuente de ayuda de los individuos generalmente es la familia, cuyas características e historia influyen en la presencia de factores protectores de la salud o de riesgo para enfermar, de igual forma determinan el uso de los recursos de la comunidad, incluyendo el sistema de salud. La familia nuclear y los parientes realizan funciones de una red social informal de seguridad cuando otorgan cuidados e intercambian servicios; se basan en los valores familiares implícitos que

pueden comprometer a los miembros de la familia a corresponder con ayuda semejante a la recibida; en la comunidad también existen redes sociales informales extrafamiliares, cuyo principal valor es la solidaridad, como las amistades, los vecinos, compañeros de trabajo, grupos de ayuda, etcétera; en cambio, las redes sociales formales de una comunidad se rigen con normas delimitadas y son de acceso restringido. Las fuentes formales de apoyo comprenden a una diversidad de organismos gubernamentales (centros de salud, IMSS, ISSSTE, INAPAM, DIF estatal y local, jefaturas delegacionales, casas de cultura, etc.)

Es sabido que el mayor consumo de recursos sanitarios y sociales acontece en esta etapa de la vida, y que la relación que toda persona tenga con el anciano será de gran ayuda para su integración con la familia y la sociedad.

En la tercera edad, al igual que en otros grupos etarios, las Redes Sociales de Apoyo son importantes condicionantes del estado de la salud de las personas. Se supone que la mala salud es más acentuada y más probable entre aquellos a los que les falta apoyo o carecen de él. (28, 29)

1.18 PSICOLOGÍA DEL ANCIANO

Cuando se envejece se afronta tanto la decadencia física y social como la muerte cercana, dos determinantes mayores que inquietan al espíritu humano. El hecho de ser una carga, de depender de los demás, atemoriza a la mayoría, lo mismo que la posibilidad de la soledad y el dolor que rodea el proceso de morir, que deja de ser una abstracción y se convierte en realidad personal.

Las personas envejecidas no escapan de los cambios psicológicos que dependen del paso del tiempo, pero si pueden liberarse de las limitaciones arbitrarias que implican los significados y puntos de vista respecto del envejecimiento impuestos por la sociedad.

Si el envejecimiento humano es la acción del tiempo sobre la persona, el envejecimiento psicológico, es la acción del tiempo sobre la personalidad, conjunto de caracteres resultantes de la integración de factores psicológicos (inteligencia, afectividad, voluntad, etc.) y biológicos (fisiología y morfología) que diferencian unos individuos de otros. (30)

El envejecimiento puede afectar de forma variable a la cognición, la memoria, la inteligencia, la personalidad y la conducta. Sin embargo, muchos cambios en la salud mental son difíciles de atribuir al envejecimiento en sí y a menudo son resultado de la enfermedad. Las disminuciones en la capacidad mental o en el rendimiento (p. ej., la cognición, la conducta) que se consideran relacionadas con la edad se deben a veces a enfermedades tratables (p. ej., la

depresión, el hipotiroidismo). La rápida disminución de la cognición casi siempre se debe a una enfermedad.

Los efectos del envejecimiento sobre la salud mental también pueden relacionarse con factores socio ambientales, incluido el entorno asistencial. (24, 30)

1.19 DEPRESIÓN DIAGNÓSTICADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

La depresión es una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico y el Médico Familiar debe estar en situación óptima para detectar precozmente los factores que pueden desencadenar una depresión. El criterio clínico debe prevalecer en la detección del cuadro depresivo, para hacer la ínter consulta psiquiátrica urgente en los casos que así lo ameriten. (10, 31)

Lo cierto es que muchos médicos de atención primaria juzgan la depresión geriátrica como muy difícil de identificar, por el hecho de que abarque múltiples formas de presentación, se confunda a menudo con la demencia y pase socialmente desapercibida como un achaque más, propio de la tercera edad, cuando, en realidad, no forma parte del proceso normal de envejecimiento.

La mayoría de las depresiones y de los deterioros cognitivos en ancianos se diagnostican en la consulta de Atención Primaria, en donde la práctica clínica es indispensable para la evaluación y el tratamiento del paciente anciano, por ello, el médico de Atención Primaria debe saber interpretar las formas de depresión en el anciano, algo muy difícil ya que la persona no suele expresar de manera verbal el estado de ánimo, por lo que el médico debe explorar el lenguaje no verbal del paciente. Ante esto, es necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades psiquiátricas y otras enfermedades. (31)

La presentación con síntomas similares a la demencia como la falta de concentración o de memoria, puede dificultar y retrasar el diagnóstico de depresión, haciendo pensar al médico que está ante un deterioro cognitivo de inicio. La utilización de test como el "mini mental state examination" (MMSE) pueden ayudar en el diagnóstico diferencial demencia-depresión. (31)

Clínicamente, un retraso del diagnóstico de la depresión y la consiguiente disfunción prolongada de los neurotransmisores, puede aumentar los niveles del trastorno de la regulación afectiva y aumentar el riesgo de recurrencia y cronicidad.

La tasa de suicidio en pacientes ancianos con enfermedad mental es del 15%, por tal motivo es importante que el médico de Atención Primaria evalúe al paciente anciano depresivo y su eventual de riesgo suicidio.

El tratamiento y fundamentalmente el control evolutivo se debe llevar a cabo en una relación de referencia y contrarreferencia entre el médico de familia y el psiquiatra tratante. ¹⁰

A pesar de las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de la depresión por los médicos de atención primaria, los pacientes siguen encontrando obstáculos a su diagnóstico adecuado y preciso entre las que se encuentran: estigmatización tanto por familiares e incluso médicos, el mayor consumo del tiempo de consulta médica para realizar un diagnóstico preciso, falta de recursos de derivación eficaces y eficientes disponibles para los médicos de atención primaria, prioridades de otros diagnósticos médicos (diabetes, hipertensión, cardiopatías, etc.), la sensación que tienen muchos pacientes de que las enfermedades mentales no son algo que requiera atención médica o que se resolverá de forma espontánea.

En la atención integral al anciano, el desarrollo de los programas y servicios médicos sociales reviste una mayor importancia y sobre todo en el primer nivel de atención, pues constituye el fundamento lógico para lograr que los individuos de la tercera edad obtengan el mayor bienestar posible. Indudablemente, el anciano, como individuo, presenta determinadas características médicas psicológicas y sociales que lo diferencian de las personas de otras edades y aún dentro de su propio grupo poblacional existen diferencias, pues al ser el envejecimiento un fenómeno individual, asincrónico e irrepetible y en la planificación de salud éste debe ser tomado en cuenta.

Por lo tanto el médico de atención primaria tiene una importante responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento eficaces de los pacientes con trastorno depresivo. (10, 31)

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, el envejecimiento ha tomado mayor importancia debido a que encontramos un aumento de la población en este grupo de edad, por ello debemos darle la importancia necesaria a los conocimientos sobre los cambios que se presentan en estas edades, tanto a nivel, físico, fisiológico, psicológico, económico y social, los cuales repercuten en la salud de nuestros pacientes.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos y sobre todo del adulto mayor, la familia y la sociedad en su conjunto.

En atención primaria existe un sub diagnóstico y retraso en la identificación y manejo de la depresión, provocando un impacto negativo en el bienestar de los individuos (8).

Los factores que influyen en el sub diagnóstico son diversos y dentro de ellos podemos encontrar: la comorbilidad de los pacientes, el que los médicos de primer contacto minimizan la sintomatología del paciente como “algo normal por la edad”, la falta de conocimientos sobre el tema, y por supuesto el que no se le dé su peso específico a este tipo de patologías.

Por lo anterior, observamos la importancia de tener los conocimientos suficientes sobre las enfermedades neuropsiquiátricas pero sobre todo la depresión que por mucho es de las más frecuentes e importantes en el adulto mayor ya que en ocasiones pasa inadvertida, se confunden los síntomas y signos o no se aplican los instrumentos de evaluación oportunamente, por lo tanto la pasan por alto, no se detecta y no se trata oportunamente.

Estudios longitudinales ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocian con mayor demanda de los servicios de salud, visitas al médico, uso de fármacos, servicios de urgencias y costos globales elevados como pacientes ambulatorios. Sin embargo, a pesar de la variabilidad en la metodología utilizada, se coincide en la existencia de un sub diagnóstico y sub tratamiento (8).

De lo anterior se desprenden las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre depresión que poseen los médicos de primer nivel de atención médica?

Según el médico de base institucional (ISSSTE); ¿Que factores determinan la presencia de un sub registro en el diagnóstico de la depresión?

3. JUSTIFICACION

La depresión además de ser frecuente en este grupo de edad, y de que la cronicidad de su sintomatología sin tratamiento puede originar en el paciente y por lo tanto en su familia desajustes, en su estabilidad económica, salud, y por tanto, en la calidad de vida.

Para el médico de primer nivel la depresión puede pasar desapercibida, aunque frecuentemente puede tener en mente la posibilidad de este trastorno, y a pesar de esto puede haber factores que influyan en que no se haga el diagnóstico adecuado y tempranamente, debemos considerar el tomarse el tiempo suficiente para investigar incluso aún en síntomas aislados y sobre todo identificar factores de riesgo para depresión.

Siendo la depresión en el adulto mayor un problema de salud frecuente reportado en la bibliografía revisada, es importante detectar el nivel de conocimientos de los médicos de primer nivel sobre factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes y que dificultades tienen para su diagnóstico y registro, para poder proponer alternativas para mejorar la intervención del médico de primer nivel en este padecimiento.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERAL

Identificar los factores que influyen en el adecuado diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor por médicos de cuatro clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las características generales de los médicos participantes.

Identificar conocimientos sobre factores de riesgo del adulto mayor para presentar depresión.

Identificar los conocimientos sobre el diagnóstico de depresión en el adulto mayor.

Identificar conocimientos sobre tratamiento de depresión en el adulto mayor.

Identificar que factores institucionales interfieren en la detección de depresión del adulto mayor.

Relacionar las variables de estudio con niveles de conocimiento totales y por tipo de conocimientos: factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, transversal y analítico.

5.2 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tipo de muestra: No probabilístico, por conveniencia. No se realizó cálculo del tamaño de la muestra ya que se incluyeron a todos los médicos adscritos de las cuatro clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE del Distrito Federal que son sedes de la especialidad de Medicina Familiar.

5.3 DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Médicos tanto del turno matutino como vespertino adscritos a las clínicas de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, Marina Nacional, Gustavo A. Madero y Oriente del ISSSTE.

5.4 GRUPO CONTROL

No aplica.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser Médico de la consulta Familiar de las clínicas del ISSSTE sedes de la especialidad de Medicina Familiar.
- Cualquier especialidad
- Ambos sexos
- Cualquier edad
- Acepten participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Médicos adscritos a la consulta de Gerontología
- Médico de Rehabilitación
- Médico de Terapia Familiar
- Personal administrativo

5.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuestionarios no contestados en su totalidad.

5.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA

Variable	Tipo	Escala de Medición	Forma de medición
Sexo	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Cuantitativa	Escalar	Edad real en números enteros
Tiempo de ejercer la profesión	Cuantitativa	Escalar	Número consecutivo
Especialidad	Cualitativa	Nominal	Medico Familiar Medico General Otra especialidad
Turno(s) que labora	Cualitativa	Nominal	Matutino Vespertino
Años de ejercicio profesional institucional	Cuantitativa	Escalar	Número consecutivo
Conocimientos generales	Cuantitativa	Escalar	9 preguntas con valor máximo de 5 cada una y total de 45.
Opinión personal	Cualitativa	Nominal	Respuestas abiertas Casi siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES

- Definición conceptual

Sexo: Característica orgánica que diferencia a los individuos.

Edad: Conjunto de los años vividos.

Tiempo: Duración, época.

Especialidad: Actividad a que se consagra una persona.

Turno: Orden establecido para alternarse. Momento de actual.

Año: Tiempo que tarda la tierra en darle la vuelta al sol.

Ejercicio: Acto de ejercer o ejercitar.

Conocimientos: Noción, idea acerca de un tema o cosa.

Opinión: Concepto que se forma de una cosa.

- Definición operativa

Sexo: Identificación del genero de una persona.

Edad: Años cumplidos hasta el momento del estudio.

Tiempo de ejercer la profesión: Tiempo que transcurrió desde que termino sus estudios de licenciatura.

Especialidad: Rama de la medicina a que ejerce un médico.

Turno(s) que labora: Horario en el que da consulta médica.

Años de ejercicio profesional institucional: Tiempo transcurrido desde que ingreso al instituto como médico.

Conocimientos generales: Noción acerca de la depresión en el adulto mayor.

Opinión personal: Concepto personal acerca del tema.

Aplicación de 9 preguntas con un valor máximo de 5 para obtener una calificación total de 45 acerca de conocimientos generales como factores de riesgo con 3 preguntas, diagnóstico, 3 preguntas y tratamiento, 3 preguntas, con valor máximo de 5 cada una.

5.9 SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE REDACCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se incluyeron a todos los médicos adscritos a las cuatro clínicas de Medicina Familiar del ISSSTE sedes de la especialidad de Medicina Familiar que aceptaron participar en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado. (Anexo 1)

A cada médico se le aplico un instrumento que contenía:

- Ficha de identificación
- Cuestionario de conocimientos sobre depresión

- Cuestionario de opinión (Anexo 2)

Los cuestionarios fueron llenados por los médicos en sus respectivos consultorios de trabajo.

5.10 RUEBA PILOTO

No aplica.

5.11 DEFINICIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizó estadística descriptiva a través de tablas de frecuencia y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza y rango) en aquellas variables cuantitativas y con distribución normal.

Se utilizó estadística inferencial con pruebas paramétricas “t” de student de medidas independientes y anova (análisis de varianza), ambas con un nivel de significancia de 0.05 para aceptar o rechazar hipótesis. Se realizó la prueba de post hoc de scheffé.

Para todo el análisis se aplicó el programa SPSS versión 15.

6. ASPECTOS ETICOS

El propósito de la investigación médica con seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

La Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas y las podemos resumir en tres apartados: I: Principios básicos. II. Investigación médica combinada con atención profesional (Investigación clínica). III. Investigación biomédica no terapéutica en seres humanos (Investigación biomédica no clínica).

La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables. Las personas participantes deben ser voluntarios e informados.

Los autores declaran que esta investigación se apega íntegramente a la declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y sus posteriores modificaciones incluida la de Seúl, Corea de Octubre 2008, así como al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en lo concerniente a: ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social; III. A la prevención y control de los problemas de salud; IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y VI. A la producción de insumos para la salud. ARTÍCULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

7. CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD

No aplica.

8. CRONOGRAMA DE TRABAJO

MESES	NOV 2009	DIC 2009	ENE 2010	FEB 2010	MAR 2010	ABR 2010	MAY 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010
ACTIVIDAD	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Marco teórico	x	x								
Material y métodos			x	x						
Registro y autorización del proyecto					x					
Prueba piloto						x				
Etapas de ejecución del proyecto							x	x		
Recolección de datos								x		
Almacenamiento de datos								x		
Análisis de los datos									x	
Descripción de resultados									x	
Discusión de resultados									x	
Conclusiones del estudio									x	
Integración y revisión final									x	
Reporte final										x
Autorizaciones										x
Impresión del trabajo final										x
Solicitud de examen de tesis										x

9. RECURSOS

9.1 RECURSOS HUMANOS

Residente de tercer año de la especialidad de medicina familiar para la aplicación de los cuestionarios y dos asesores:

Dra. Catalina Monroy Caballero

M.C Alberto González Pedraza Avilés

9.2 RECURSOS MATERIALES

Se utilizo computadora personal, impresora y tinta, hojas blancas donde se imprimieron los cuestionarios, bolígrafo.

9.3 RECURSOS FÍSICOS

Consultorios médicos de las clínicas de medicina familiar del ISSSTE en las que se aplico el cuestionario.

9.4 FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

El financiamiento del estudio fue cubierto en su totalidad por el autor del estudio.

10. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 46 médicos, de estos; 19 (41.3%) pertenecían a la clínica Ignacio Chávez, 10 a la clínica Gustavo A. Madero, siendo los médicos de estas clínicas los de mayor participación. La edad promedio del grupo de estudio fue de 50.02 con una desviación estándar de 8.1. Del total, 22 eran hombres (47.8%) y 24 eran mujeres (52.2%) y 71.7% eran médicos familiares. Las características de la población de estudio se presentan en la tabla 1.

En relación al nivel de conocimientos en total del grupo de estudio, de las 9 preguntas elaboradas, sobre un total de 45 puntos, se obtuvo una media de 24.65 (54.6%) con una desviación estándar de 6.1.

Al analizar las preguntas de manera individual, se obtuvo que para la pregunta 4 y la pregunta 1 se tuvieron los mejores resultados, 4.00 y 3.43 respectivamente, mientras que para la pregunta 5 se obtuvo el resultado más bajo (0.89), estos resultados se presentan en la tabla 2.

En relación a los resultados de conocimientos sobre factores de riesgo asociados a depresión (preguntas 1,2 y 3 del cuestionario) se obtuvo una media de 8.43 (5.6%) con una desviación estándar de 1.8. Para conocimientos sobre diagnóstico (preguntas 4,5 y 6 del cuestionario) se obtuvo una media de 7.28 (4.8%) con una desviación estándar de 2.6, y para conocimientos sobre tratamiento (preguntas 7, 8 y 9) se obtuvo una media de 8.57 (5.7%) con una desviación estándar de 2.6.

Al relacionar el nivel de conocimientos total con las variables de estudio se obtuvo lo siguiente: ni para el sexo ($p=.711$) ni para el turno laboral ($p=.606$) se encontró diferencia estadística significativa, los resultados se presentan en la tabla 3.

Con los grupos de edad tampoco se presentó diferencia estadística significativa ($p=.115$), sin embargo para el tiempo de ejercer la profesión ($p=.027$) y para la especialidad médica

($p=0.027$) si se obtuvo diferencia estadística significativa, los resultados se presentan en la tabla 4.

Al realizar las pruebas post hoc para la especialidad médica, aunque los médicos familiares obtuvieron mejores resultados no se presentaron diferencias significativas entre los grupos estudiados, estos resultados se presentan en la tabla 5. El mismo análisis pero para los grupos de tiempo de ejercer la profesión, se presentaron diferencias significativas entre los grupos de 6 a 16 años y el de 27 a 36 años, obteniendo mejores resultados los médicos con menor tiempo de ejercicio profesional, los resultados se presentan en la tabla 6.

Al relacionar los conocimientos sobre factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento de forma independiente se obtuvo los siguientes resultados: no se encontró diferencia estadística significativa ni con el sexo ni con el turno, los resultados se presentan en la tabla 7.

Para el tiempo de ejercer, se obtuvo relación con conocimientos sobre diagnóstico ($p=0.039$) y con conocimientos sobre tratamiento ($p=0.034$). Al realizar las pruebas post hoc, se obtuvo significancia estadística con los conocimientos sobre diagnóstico entre los grupos de 6 a 16 años y el de 27 a 36 años ($p=0.046$), esta misma relación se presentó con conocimientos sobre tratamiento ($p=0.043$). De hecho, para todos los casos, los médicos con menor tiempo de ejercer obtuvieron los mejores resultados, estos se presentan en la tabla 8.

Para los grupos de edad, no se obtuvieron diferencias estadísticas significativas, los resultados se muestran en la tabla 9.

Para la especialidad médica, se obtuvo relación con factores de riesgo ($p=0.016$) y con conocimiento sobre diagnóstico ($p=0.003$). Al realizar las pruebas post hoc se obtuvo significancia estadística para factores de riesgo entre el médico familiar y el médico general ($p=0.021$), para conocimientos sobre diagnóstico entre el médico familiar y el médico general ($p=0.023$) y entre el médico familiar y otra especialidad ($p=0.035$). Para todos los casos, los médicos familiares obtuvieron los mejores resultados, esto se muestra en la tabla 10.

En relación a los resultados de opinión personal el 73.9% de los médicos refirieron detectar de manera frecuente depresión en el adulto mayor, sin embargo, el 93.5% de los médicos refieren no tener tiempo suficiente de consulta y el 97.8% considera que si hay un subregistro de este tipo de trastorno, resultados en la tabla 11.

Con respecto a la pregunta sobre a que considera que se debe el subregistro, el 69.56% respondió al poco tiempo de consulta y el 28.26% a la falta de conocimientos, los resultados se muestran en la tabla 12.

En relación a la pregunta sobre recursos de la unidad; el 73.95% refieren contar con un módulo gerontológico, 39.13% con consultorio de Psicología, y 28.26% con grupos de la tercera edad, y con respecto a la pregunta sobre una mejor atención al adulto mayor, 69.56% refieren solicitar más tiempo de consulta y mayor capacitación 28.26%, resultados en las tablas 13 y 14.

Tabla 1. Características de la población en estudio

Sedes académicas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ignacio Chávez	19	41.3	41.3
Marina Nacional	8	17.4	58.7
Gustavo A. Madero	10	21.7	80.4
Oriente	9	19.6	100.0
Total	46	100.0	
Sexo de médicos			
Masculino	22	47.8	47.8
Femenino	24	52.2	100.0
Total	46	100.0	
Especialidad de los médicos			
Medicina Familiar	33	71.7	71.7
Medico General	9	19.6	91.3
Otra especialidad	4	8.7	100.0
Total	46	100.0	
Turno de los médicos			
Matutino	24	52.2	52.2
Vespertino	22	47.8	100.0
Total	46	100.0	
Años de ejercer la profesión			
6 a 16 años	7	15.2	15.2
17 a 26 años	28	60.9	76.1
27 a 26 años	11	23.9	100.0
Total	46	100.0	

Tabla 2. Resultados de conocimientos sobre depresión del grupo de estudio en total por pregunta

Pregunta 1	Pregunta 2	Pregunta 3	Pregunta 4	Pregunta 5	Pregunta 6	Pregunta 7	Pregunta 8	Pregunta 9	Total
46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.43	2.65	2.35	4.00	0.89	2.37	2.59	2.98	3.00	24.65
.834	1.178	1.523	1.116	1.197	1.271	1.166	1.390	1.033	6.162

Tabla 3. Relación entre el sexo y el turno laboral de los entrevistados y su nivel de conocimientos

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Valor de significancia	Probabilidad
Sexo						
Masculino	22	24.55	5.680	1.211	.711	No significativo
Femenino	24	24.75	6.694	1.366		
Turno						
Matutino	24	23.8	5.389	1.100	.606	No significativo
Vespertino	22	26.36	6.608	1.409		

Tabla 4. Relación entre el nivel de conocimientos y la edad, tiempo de ejercer y la especialidad médica

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Probabilidad
Edad						
Inter grupos	163.226	2	81.613	2.271	.115	No significativa
Intra grupos	1545.208	43	35.935			
Total	1708.435	45				
Tiempo de ejercer						
Inter grupos	263.192	2	131.596	3.915	.027	Estadísticamente significativo
Intra grupos	1445.242	43	33.610			
Total	1708.435	45				
Especialidad médica						
Inter grupos	263.192	2	131.596	3.915	.027	Estadísticamente significativo
Intra grupos	1445.242	43	33.610			
Total	1708.435	45				

Tabla 5. Pruebas post hoc para especialidad médica

(I)Espec.de los médicos	(J) Espec. de los médicos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Medicina Familiar	Médico General	5.152	2.180	.072	-.38	10.68
	otra especialid.	5.652	3.069	.196	-2.13	13.43
Medico general	Medicina Familiar	-5.162	2.180	.072	-10.68	.38
	otra especialid.	-500	3.484	.990	-8.33	9.33
Otra especialidad	Medicina Familiar	-5.652	3.069	.196	-13.43	2.13
	Médico General	-500	3.484	.990	-9.33	8.33

Especialidad de los médicos	N	Subconjunto para alfa = .05 1
otra especialidad	4	20.50
Medico General	9	21.00
Medico Familiar	33	26.15
Sig.		.174

Tabla 6. Pruebas post hoc para tiempo de ejercer

(I) Tiempo de ejercer por grupos	(J) Tiempo de ejercer por grupos	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
6 a 16 años	17 a 26 años	5.250	2.450	.113	-.96	11.46
	27 a 36 años	7.805	2.803	.028	.70	14.91
17 a 26 años	6 a 16 años	-5.259	2.450	.113	-11.46	.96
	27 a 36 años	2.555	2.063	.471	-2.68	7.79
27 a 36 años	6 a 16 años	-7.805	2.803	.028	-14.91	-.70
	17 a 26 años	-2.555	2.063	.471	-7.79	2.68

Tiempo de ejercer	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
27 a 36 años	11	21.91	
17 a 26 años	28	24.46	24.46
6 a 16 años	7		29.71
Sig.		.586	.114

Tabla 7. Relación entre los resultados obtenidos para factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento y el sexo y turno de los médicos

Sexo de médicos		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	Valor de significancia	Probabilidad
Factores de riesgo	Masculino	22	8.36	2.361	.503	.080	No significativo
	Femenino	24	8.50	1.351	.276		
Diagnóstico	Masculino	22	7.41	2.612	.557	.847	No significativo
	Femenino	24	7.17	2.632	.537		
Tratamiento	Masculino	22	8.82	2.719	.580	.586	No significativo
	Femenino	24	8.33	2.599	.530		
Turno de los médicos							
Factores de riesgo	Matutino	24	8.38	2.060	.421	.708	No significativo
	Vespertino	22	8.50	1.711	.365		
Diagnóstico	Matutino	24	6.88	2.833	.578	.305	No significativo
	Vespertino	22	7.73	2.292	.489		
Tratamiento	Matutino	24	7.88	2.252	.460	.295	No significativo
	Vespertino	22	9.32	2.868	.612		

Tabla 8. Relación entre los resultados obtenidos de conocimientos sobre factores riesgo, diagnóstico y tratamiento de depresión con el tiempo de ejercer

Tiempo de ejercer		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Probabilidad
Factores de riesgo	Inter grupos	3.525	2	1.763	.487	.618	No significativo
	Intra grupos	155.779	43	3.623			
	Total	159.304	45				
Diagnóstico	Inter grupos	42.388	2	21.194	3.493	.039	Estadísticamente significativo
	Intra grupos	260.938	43	6.068			
	Total	303.326	45				
Tratamiento	Inter grupos	45.733	2	22.866	3.675	.034	Estadísticamente significativo
	Intra grupos	267.571	43	6.223			
	Total	313.304	45				

Tiempo de ejercer por grupos y Diagnóstico	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	2
27 a 36 años	11	6.36	
17 a 26 años	28	7.11	7.11
6 a 16 años	7		9.43
Sig.		7.11	.096

Tiempo de ejercer por grupos y Factores de riesgo	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	
17 a 26 años	28	8.21	
6 a 16 años	7	8.71	
27 a 36 años	11	8.82	
Sig.		.757	

Tiempo de ejercer por grupos y Tratamiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		2	1
27 a 36 años	11	7.00	
17 a 26 años	28	8.79	8.79
6 a 16 años	7		10.14
Sig,		.251	.446

Tabla 9. Relación entre los resultados obtenidos de conocimientos sobre factores riesgo, diagnóstico y tratamiento de depresión con los grupos de edad

Edad	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.	Probabilidad	
Factores de riesgo	Inter grupos Intra grupos Total	18.700 140.604 159.304	2 43 45	9.350 3.270	2.859	.068	No significativo
Diagnóstico	Inter grupos Intra grupos Total	13.555 289.771 303.326	2 43 45	6.778 6.739	1.006	.374	No significativo
Tratamiento	Inter grupos Intra grupos Total	33.075 280.229 313.304	2 43 45	16.538 6.517	2.538	.091	No significativo

Tabla 10. Relación entre los resultados obtenidos de conocimientos sobre factores riesgo, diagnóstico y tratamiento de depresión con la especialidad médica

Especialidad médica		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Probabilidad
Factores de riesgo	Inter grupos	27.827	2	13.914	4.550	.016	Estadísticamente significativo
	Intra grupos	131.477	43	3.058			
	Total	159.304	45				
Diagnóstico	Inter grupos	72.475	2	36.238	6.750	.003	Estadísticamente significativo
	Intra grupos	230.851	43	5.369			
	Total	303.326	45				
Tratamiento	Inter grupos	20.335	2	10.167	1.492	.236	No significativo
	Intra grupos	292.970	43	6.813			
	Total	313.304	45				

Especialidad médica y Factores de riesgo	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	
Médico General	9	7.00	
Otra especialidad	4	7.75	
Medicina Familiar	33	8.91	
Sig.		.114	

Especialidad médica y Diagnóstico	N	Subconjunto para alfa = .05	
		2	1
Otra especialidad	4	4.75	
Medico General	9	5.56	5.56
Medicina Familiar	33		8.06
Sig.		.794	.119

Especialidad médica y Tratamiento	N	Subconjunto para alfa = .05	
		1	
Medico General	9	7.33	
Otra especialidad	4	8.00	
Medicina Familiar	33	8.97	
Sig.		.477	

Tabla 11. Resultados de opinión personal sobre diagnóstico de depresión

Detecta depresión en el a. mayor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casi nunca	6	13.0	13.0	13.0
Frecuentemente	34	73.9	73.9	87.0
Casi siempre	6	13.0	13.0	100.0
Total	46	100.0	100.0	
Tiempo de consulta suficiente				
Nunca	19	41.3	41.3	41.3
Casi nunca	24	52.2	52.2	93.5
Frecuentemente	3	6.5	6.5	100.0
Total	46	100.0	100.0	
Cree que hay sub registro				
Definitivamente si	26	56.5	56.5	56.5
Probablemente si	19	41.3	41.3	97.8
Definitivamente no	1	2.2	2.2	100.0
Total	46	100.0	100.0	

Tabla 12. Resultados de la opinión personal sobre a que considera que se debe el subregistro

	Frecuencia	Probabilidad
No contestaron	7	15.2%
Poco tiempo de consulta	32	69.56%
Falta de capacitación	13	28.26%
No se diagnóstica	9	19.56%
Multipatología	8	17.39%
No hay instrumentos de evaluación	3	6.52%
Falta de interés en el anciano	2	4.34%

Tabla 13. Resultados de la opinión personal sobre los recursos con que cuenta en su unidad para apoyar al adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje
No contesto	4	8.6%
Modulo Gerontológico	34	73.91%
Psicología	18	39.13%
Terapia Familiar	7	15.21%
Terapia ocupacional	8	17.39%
Terapia física	11	23.91%
Cursos de integración	1	2.17%
Rehabilitación	2	4.34%
Trabajo social	10	21.73%
Grupos de la 3ª edad	13	28.26%
Nutrición	3	6.52%

Tabla 14. Resultados de la opinión personal sobre lo que podría facilitar su intervención en la atención de la depresión del adulto mayor

	Frecuencia	Probabilidad
No contestaron	6	13.03%
Mayor tiempo de consulta	32	69.56%
Facilidad de interconsulta	3	6.52%
Capacitación	13	28.26%
Apoyo multidisciplinario	5	10.6%
Disponibilidad de las escalas	3	6.52%

11. DISCUSIÓN

La depresión es uno de los padecimientos psicogerítricos más frecuentes. El médico familiar en atención primaria detecta con baja frecuencia los trastornos depresivos, esto se explica con base en las características de los pacientes, del médico familiar y de la disponibilidad de recursos en el área de la salud. La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios y en la mejoría de la calidad de vida del paciente.

El nivel de conocimientos del grupo estudiado fue de una media de 24.6 sobre 45 puntos totales lo que representa una calificación de 5.4. Lo anterior se contrapone a Reyes ⁽³²⁾, quien no considera que el problema relacionado con el adecuado diagnóstico de depresión se asocie con el nivel de conocimientos. Sin embargo autores como Mónica Y. Flores Gutiérrez ⁽³³⁾ mencionan que hay una incapacidad de reconocer los síntomas y manejarlos, así como detectar las alteraciones afectivas, cognoscitivas y somáticas que se relacionan con este diagnóstico. Otros autores como Franco Fernández ⁽³⁴⁾, refiere que el diagnóstico no se hace con frecuencia justificando la mayoría de los síntomas como “propios de la edad” y dificultando por tanto el correcto abordaje y tratamiento adecuado.

Al analizar de manera independiente los factores de riesgo, el diagnóstico y tratamiento de la depresión, para los tres casos, los resultados fueron poco satisfactorios, la única cita encontrada en la literatura, Mónica Y. Flores Gutiérrez ⁽³³⁾, refiere que los médicos de base obtuvieron peores resultados que los médicos residentes e internos en las dimensiones de prevalencia, evolución y pronóstico.

En relación con las variables de estudio, se obtuvo significancia estadística con el tiempo de ejercer y la especialidad.

Mónica Flores Gutiérrez ⁽³³⁾, menciona que hay una estrecha relación entre el tiempo transcurrido desde que salen de la Universidad y la etapa de la práctica médica, debido a que

no se cuenta con programas de educación médica continúa, y con el acceso a puestos administrativos.

Con respecto a la especialidad en este estudio los médicos familiares obtuvieron los mejores resultados, lo que contrasta con Reyes (32), quien refiere que no hay relación entre la especialidad y el nivel de conocimientos de depresión.

Con relación a las variables, sexo, edad y turno de jornada laboral, no obtuvimos diferencias estadísticas significativas, lo mismo que lo reportado en la tesis ya mencionada.

Para las preguntas de opinión personal relacionadas con el pobre diagnóstico de depresión que se realiza en las clínicas de primer nivel, la mayoría de los entrevistados mencionan la falta de tiempo para la consulta, elevado número de consultas y la falta de capacitación como las principales causas, lo que concuerda con lo referido por Boschetti (35), menciona que, institucionalmente puede mencionarse escasez de tiempo y elevado número de consultas.

12. CONCLUSIONES

En términos generales el nivel de conocimientos sobre depresión en el adulto mayor es bajo.

Siendo la depresión un trastorno de frecuencia importante, el no realizar su diagnóstico y tratamiento oportunos, genera una repercusión importante en la calidad de vida del adulto mayor.

Un mayor tiempo de ejercer la profesión resultó una condicionante para un menor nivel de conocimientos lo que nos lleva a la necesidad de mantener una actualización a través de cursos en sus diferentes formas.

Se deben aprovechar los recursos disponibles como el módulo Gerontológico o el servicio de Psicología para favorecer la atención del adulto mayor.

Se reconoce un subregistro del trastorno por los médicos del estudio, lo que no permite hacer una cuantificación real del problema.

La dificultad del diagnóstico de depresión puede deberse también a la pluripatología por la que consultan, que engloba múltiples síntomas somáticos que también se incluyen en los criterios diagnósticos de la depresión.

13. ANEXOS

13.1 ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Sexo:

Edad:

Tiempo de ejercer la profesión:

Especialidad:

Turno que labora en el instituto:

Años de ejercicio profesional institucional:

El presente cuestionario tiene como propósito detectar los factores que influyen en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor.

Este cuestionario tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que se obtenga será utilizada exclusivamente para fines de investigación.

La información que se obtenga será utilizada exclusivamente para fines de investigación.

El cuestionario consta de 15 preguntas las cuales se contestan en aproximadamente 10 minutos. Únicamente le pido que sus respuestas sean lo más honestas posibles.

¿ Acepta usted participar ?

Si

No

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

13.2 ANEXO 2

CUESTIONARIO

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR EN CUATRO CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE

APARTADO I. CONOCIMIENTOS GENERALES

Conteste las siguientes preguntas por favor.

1. Mencione al menos cinco factores de riesgo para que se presente depresión en el adulto mayor.
2. Mencione al menos cinco cambios fisiológicos que presenta el adulto mayor y pueden ocasionar depresión.
3. Mencione al menos cinco medicamentos que pueden ocasionar depresión en el adulto mayor.
4. Mencione al menos cinco datos clínicos de la depresión en el adulto mayor.
5. Mencione al menos cinco de los instrumentos de evaluación para diagnosticar depresión en el adulto mayor.
6. Mencione al menos cinco diagnósticos diferenciales de depresión en el adulto mayor.
7. Mencione al menos cinco alternativas para el tratamiento de la depresión en el adulto mayor.
8. Mencione al menos cinco de los antidepresivos más usados en la depresión en el adulto mayor.
9. Mencione con que antidepresivos cuenta su CMF:

APARTADO II. OPINION PERSONAL

Marque la respuesta que usted considere correcta.

1. Usted detecta depresión en el adulto mayor...
Casi siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca
2. ¿Considera que el tiempo de consulta es suficiente para poder evaluar depresión en el adulto mayor?
Casi siempre Frecuentemente Casi nunca Nunca

3. ¿Cree que hay sub registro de la depresión en el adulto mayor?
Definitivamente si. Probablemente si. No se. Probablemente no. Definitivamente no.

Conteste las siguientes preguntas por favor.

4. ¿A que considera que se debe el sub registro?
5. ¿Con que recursos cuenta en su unidad para apoyar el bienestar del adulto mayor?
6. ¿Qué podría facilitar su intervención en la atención de la depresión del adulto mayor?

GRACIAS

14. REFERENCIAS

- 1.- Nicolini H. Trastornos depresivos monopolares. En Alarcón RD, Mazotti G, Nicolini H. *Psiquiatría*. 2ª ed. OMS Manual Moderno. P. 431-451.
- 2.- Sánchez Ayala MI. Depresión, ansiedad e insomnio. En Guillén F, Pérez de Molino M. *Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico*. Masson; 2001. 229.
- 3.- Gottlieb GL, *Psiquiatría Geriátrica*. En Goldman HH, Padilla Sierra G. *Psiquiatría general*. Manual Moderno. 2001; 631-639.
- 4.- Harold I. Kaplan, MD. *Psiquiatría Geriátrica*. En Harold I. Kaplan, MD, Benjamín J. Sadock, MD. *Sinopsis de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta*. Editorial Médica Panamericana. 2000. p. 1468-1485.
- 5.- Norman Ma, Whooley ME, Lee K. depresión y otros temas de salud mental. En Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL. *Daigóstico y tratamiento en Geriatria*. Manual Moderno. 2005; 111-117.
- 6.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx*. 2005; 47 (suppl 1): S4-S11.
- 7.- Lara Rodríguez MA, Benítez Martínez MG, Fernández Garate IH, Zárate Aguilar A. Aspectos Epidemiológicos del adulto mayor en México. *Salud Pública Méx*. 2002; 38(6): 448-456.
- 8.- Zetina lozano MG. Conceptualización del proceso de Envejecimiento. *Red de Revistas Científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal*. 2000; 019: 22-40.
- 9.- Gázquez Linares JJ. Pérez Fuentes Mc, Lucas acién F, Yuste Rosell N. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Ann psicología*. (España). 2008; 24(2): 327-333.
- 10.- Olazo Obando A, Zapata Silva I. Nivel de depresión según género y apoyo familiar en adultos mayores. *Rev Ciencias Salud*. Perú. 2007; 2 (2): 48-52.
- 11.- González JA, Jiménez Herrero F. En *Depresión en la senectud*. Jiménez Herrero F. *Gerontología*. 1993; 9-19.
- 12.- Halter JB, Ouslander JG. *Psychiatric and Behavioral Issues*. En Haller JB, Ouslander JG, Tinetti ME, Studenski S, High KP, Asthana S. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. North Carolina. Mc Graw Hill; 2007; 850-856.
- 13.- Allen GM, Hickie I. *Common Psychiatric Disorders*. Edited by Ranjit N. Ratnaike. *Practical Guide to Geriatric Medicine*. Australia. Mc Graw Hill; 2002. p. 100-108.

- 14.- Becerra pino M, sosa Ortiz AL. Trastornos del estado de ánimo en el anciano. En Rodríguez García R, Lazcano Botello G. *Práctica de la Geriátria*. México D.F. Mc Graw Hill; 2007; 416-425.
- 15.- Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx.* 2007; 49 (5): 367-375.
- 16.- Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica Méx.* 2007; 143 (2): 141-148.
- 17.- Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales S, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los Adultos Mayores. *Salud Mental*. 2007; 30 (6): 69-80.
- 18.- Frank de Gruy, TLS. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria. En Evans WL, Charney DS, Lewis L. *Guía para el Médico, Depresión y trastorno bipolar*. Mc Graw Hill; 2007; 3-16.
- 19.- Illanes E, Chapman E. Grupo de trabajo que colaboro en la formulación de la guía. *Tratamiento de personas con Depresión*. Ministerio de Salud. Guía Clínica. Junio 2006; 1-42.
- 20.- Travé Rodríguez AL, Reneses SA. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Rev Sistema Nacional Salud*. 2002; 26 (1): 1-8.
- 21.- Chávez- León E, Ontiveros Uribe MP, Serrano Gómez C. Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT). *Salud Mental* 2008; (31):307-319.
- 22.- Marín C, Espinoza P. Frez G. Actividad física y depresión en el adulto mayor. *Psicología del Desarrollo*. *Rev Méd Cubana*. 2002; 14-19.
- 23.- Barrera Sotolongo J, Osorio León S. Envejecimiento y nutrición. *Rev Cubana Invest Biomed*. 2007; 26(1): 41-45.
- 24.- García FR, MsC. Guridi González MZ, Medina Valdés A, Dorta Guridi ZD. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Rev Psicología Científica*. 2007; 23-36.
- 25.- Torres González M, Chaparro Jiménez I. Fisiología del envejecimiento. En Guillén F Pérez del Molino Martín J. *Síndromes y cuidados en el paciente Geriátrico*. Masson; 2001;17-30.
- 26.- Lozano Cardoso A. Envejecimiento del Ser Humano. En Lozano Cardoso A. *Introducción a la Geriátria*. México. Méndez Editores. 2000; 23-27.
- 27.- Rodríguez García R. La familia ante el envejecimiento. En Rodríguez García R, Lazcano Botello G. *Práctica de la Geriátria*. México D.F: Mc Graw Hill; 2007; 30-34.

- 28.- Aranda C, Pando M, Flores MA, García T. Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Rev Psiquiat Fac Med Barna*. 2001; 28 (2):69-74.
- 29.- Pidre Dopazo S. Valoración social y recursos sociales. En Cervera Díaz MC, Sáiz García J. *Actualización en geriatría y gerontología (I)*. Barcelona España. Asociados Alcalá; 2006; 123-139.
- 30.- Rodríguez García R. Psicología del envejecimiento. En Rodríguez García R, Lazcano Botello G. *Práctica de la Geriatría*. México D.F:Mc Graw Hill; 2007. p. 24-29.
- 31.- Casanova C, Delgado S, Estévez S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *Rev. Biomedicina. Medicina Familiar y Comunitaria*. 2009;24-31.
- 32.- Reyes Gómez. Nivel de conocimientos del Médico Familiar sobre depresión en el Adulto Mayor. IMSS. México, D.F; 2008.
- 33.- Flores GM. Páez F, Ocampo JC, Corona FH., Los conocimientos de los estudiantes de medicina y del personal médico relacionados con el síndrome depresivo. *Salud Mental*. 2000 Dic.; 23 (6): 12-17.
- 34.- Fernández, FA. San Martín R., Guija Villa JA, Giles EG. Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano. *Rev Psicogeriatría, Madrid*. 2003; 3 (1): 20 -24.
- 35.- Boschetti Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. *Arch Medi Fam*. 2004; 6 (3): 61-63.