

11226

52
2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR**

I.S.S.S.T.E.
SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
UNIDAD DE ENSEÑANZA SUPERIOR
PUEBLA

UNIDAD 21-02-11-01-80

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE EN
PUEBLA**

**DETECCION DE FACTORES QUE SE
ASOCIAN A LA APARICION DE
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL
ADULTO MAYOR EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE EN PUEBLA..**

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

PRESENTA:

DRA. INES FIGUEROA TORRES.

PUEBLA.

1998

28/03/1



ISSSTE

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**DETECCION DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA
APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA
EN EL ADULTO MAYOR EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE EN PUEBLA**


**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**


PRESENTA:

DRA. INES FIGUEROA TORRES.

AUTORIZACIONES:

~~**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM.**~~

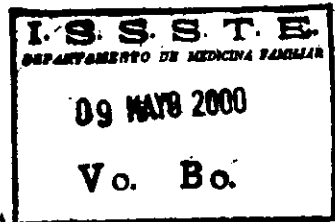

**DR. ARNULFO IRIGOYEN-CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM**


**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM.**

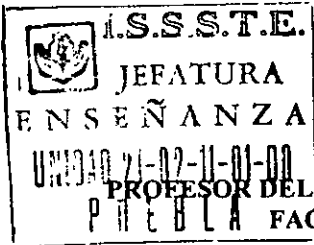
**“DETECCIÓN DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA
APARICIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA
EN EL ADULTO MAYOR EN LA CLÍNICA
HOSPITAL DEL ISSSTE EN PUEBLA”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

DRA. INÉS FIGUEROA TORRES.



DRA. ANAVELLE HERNÁNDEZ SOSA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
I.S.S.S.T.E. EN PUEBLA, PUE.



DRA. LUZ MARÍA JUÁREZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS

DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR DEL I.S.S.S.T.E.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL REGIONAL DEL ISSSTE EN PUEBLA**

**DETECCION DE FACTORES QUE SE ASOCIAN A LA
APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA
EN EL ADULTO MAYOR EN LA CLINICA
HOSPITAL DEL ISSSTE EN PUEBLA**

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

PRESENTA:

**DRA: INES FIGUEROA TORRES
PUEBLA. 1995**

INDICE

MARCO TEORICO	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	26
JUSTIFICACION	27
OBJETIVOS	28
HIPOTESIS	29
METODOLOGIA	30
RESULTADOS	37
DISCUSION	50
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	57

MARCO TEORICO

INTRODUCCION: La depresión es la patología que con más frecuencia afecta a la población de la tercera edad, y más del 12 % de la población mayor de 65 años se ve inmersa en esta enfermedad. (29). Se han realizado múltiples estudios y se ha demostrado que esta incidencia se encuentra en relación directamente proporcional a la presencia de diversos factores internos y externos del propio ser humano; tal es la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, el uso de drogas, pérdidas físicas e incapacidad funcional, pérdidas afectivas, económicas, sociales, trastornos psicológicos y psiquiátricos que en un momento dado pueden condicionar un estado depresivo severo que culmine con la decisión de un suicidio premeditado. (29). Todos estos factores, la mayoría de las veces están a la vista o pueden ser fácilmente detectados por sus familiares o por su Médico Familiar y evitar así un sufrimiento cruel y silencioso.

ANTECEDENTES HISTORICOS: La depresión es una alteración que ha incidido en el ser humano desde la antigüedad, ya que este trastorno se relaciona muy estrechamente con los sentimientos del mismo hombre y repercute en su estado de ánimo.

En la cultura clásica de la época de los griegos ya se mencionaban estados de tristeza, melancolía inmotivada, crisis de ansiedad, manifestaciones de hostilidad y odio a sus semejantes sin motivo aparente y un deseo intenso de morir. (15)

Hipócrates (460 - 355 a.C.) consideraba desde el punto de vista médico, tres enfermedades mentales básicas, o tres formas de "locura", que eran: la melancolía, la frenitis y la manía; y que los trastornos que hoy se denominan psiquiátricos tenían su origen en la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era ocasionada por la bilis negra. (15)

En la edad media y hasta el siglo XII, el término "melancolía" se asociaba con la pereza y la holgazanería, y por lo tanto a un estado pecaminoso. En los siglos XIII y XIV, fue fundamental la influencia de la obra de Santo Tomás de Aquino, quien sostenía que las enfermedades

mentales tenían su origen especialmente en la melancolía, en la influencia de los demonios y de los astros. (15).

En los siglos XV y XVI, la melancolía vuelve a considerarse un estado patológico, en el que los síntomas predominantes era la tristeza, la desesperanza y el desaliento. (15). En el siglo XVII, Bonetus, menciona el concepto de melancolía - manía o "maniacomelancholicus", que en la terminología posterior se utilizaría como maniaco-depresivo. (15). A principios del siglo XIX Philippe Pinel (15), mencionó que los pensamientos de los melancólicos estaban relacionados directamente a la concentración de su interés en un objeto (obsesión), en donde la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente alterada, y se consideraba como posible etiología, en primer lugar a factores psicológicos y en segundo lugar a factores físicos. Es a partir de fines del siglo XIX cuando los estudiosos sobre la melancolía se enfocaron a dos puntos básicos, el biológico y el hereditario. (15)

En la actualidad para conceptualizar en Psiquiatría el término depresión se deben considerar factores biológicos, genéticos, sociales, psíquicos y en un momento dado lleva implícitos tres significados, que puede referirse a un síntoma, a un síndrome y también a una entidad nosológica. (4).

Desde principios del siglo se han hecho muy diversos intentos de clasificar las depresiones, al grado de haber sido reportadas en 1962; 58 diferentes clasificaciones. "Parecía que cada país tenía su propio estilo, moda y versión acerca de lo que se pensaba significaba la depresión. (14).

Posteriormente se ha ido logrando varios acuerdos internacionales al respecto, aunque desde luego no se han llegado a unificar criterios, la clasificación más ampliamente aceptada en la actualidad es la propuesta en el DSM IV. (8).

Una distinción que ya cuenta con cierta tradición, y que todavía en la actualidad aplican muchos psiquiatras, es la Endógena- Reactiva (4), 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: un trauma psíquico, enfermedad, pérdida de un ser querido, etc.

Kiloh y Garside (4) establecieron los distintos aspectos de cada una descritos de la siguiente manera :

DEPRESION ENDOGENA

- 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

DEPRESION REACTIVA

- Duración variable
- Joven
- Hecho externo causal
- Empeoramiento por la tarde
- Insomnio precoz
- Sentimiento de indignidad
- Personalidad neurótica

Sin embargo, se ha considerado que hay muy pocas depresiones endógenas "puras". Se ha visto más bien, que casi la totalidad de las depresiones se encuentran en alguna parte de la escala cuyos extremos estarían constituidos por las depresiones endógenas y reactiva, respectivamente (4).

Bajo los mismos criterios de distinción, se ha hablado de una depresión "psicótica" (la endógena) y una "neurótica" (la reactiva) (14). En la actualidad poco se utilizan estas denominaciones en el lenguaje especializado, ya que "psicótico" se emplea para designar una alteración mental importante en el se presentan delirios, alucinaciones, trastornos considerables del juicio, etc. Esto solo estaría presente en algunas depresiones graves. Por otro lado, el término "neurótico" ha sufrido un desgaste por su empleo ordinario, no siempre correcto, pero invariablemente peyorativo, de tal modo que ha parecido más beneficioso relegarlo del uso científico (4).

En 1957 Leonard propuso la dicotomía "Depresión unipolar, Depresión bipolar" (14), que es ampliamente utilizada en la actualidad. La primera es la sufrida por alteración mental. La segunda es la sufrida por los que presentan clínicamente períodos depresivos y maníacos.

La enfermedad bipolar presenta mayor evidencia de factores genéticos, los pacientes comienzan a padecer el transtorno más

precozmente y especialmente responden a tratamientos diferentes, y es bastante menos frecuente que la unipolar. (4), (8).

Otra distinción que se ha trazado en el concepto que nos ocupa es aquella entre depresión primaria y secundaria. Los criterios que se aplican para dicha distinción son: el tiempo de aparición y la presencia o ausencia de otras enfermedades.

La primaria es la que acontece a un individuo sin antecedente de otras enfermedades psiquiátricas. La secundaria es la que ocurre en personas con antecedentes patológicos psiquiátricos u orgánicos que podrían precipitar el síndrome depresivo (cáncer, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, etc.) (4).

Esta es una distinción que vale la pena tener en cuenta en el diagnóstico, y evidentemente en el tratamiento. Cabe hacer notar que en el DSM IV, considera que las llamadas "depresiones secundarias" no pueden diagnosticarse simplemente como "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 la dirección correcta, no en una de sus consecuencias.

Por supuesto, como ya notamos, la presencia de un padecimiento determinado en un sujeto no excluye la posibilidad de otra enfermedad concomitante, y en tales casos, es claro que deben establecerse ambos diagnósticos, por ejemplo: politraumatismo y Enfermedad Depresiva.

EL DSM IV (8), clasifica los trastornos afectivos de la manera siguiente:

I.- TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR.- Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores. (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

II.- TRANSTORNO DISTIMICO.- Se caracteriza por al menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin

él, acompañados de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

III.- TRANSTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.- Se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo; (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

IV.- TRANSTORNO BIPOLAR I.- Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

V.- TRANSTORNO BIPOLAR II.- Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

VI.- TRANSTORNO CICLOTIMICO.- Se caracteriza por presentar durante dos años numerosos períodos de síntomas que no cumplen los criterios para un episodio maníaco, y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

VII.- TRANSTORNO BIPOLAR NO ESPECIFICADO.- Se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para un episodio maníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio mayor.

VIII.- TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MEDICA. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

IX.- TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO INDUCIDO POR SUSTANCIAS.- Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, medicamento, u otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

X.- TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO NO ESPECIFICADO.- Se incluye para codificar trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (p. ej. , una agitación aguda)

CLASIFICACION DE LOS TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DE ACUERDO AL DSM IV (8)

A.- EPISODIOS AFECTIVOS

- Episodios depresivos mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaniaco

B.- TRANSTORNOS DEPRESIVOS

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distimico
- Trastorno depresivo no especificado

C.- TRANSTORNOS BIPOLARES

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno Ciclotímico

D.....OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

**Trastornos del estado de ánimo debido a....
(indicar la enfermedad médica).**

**..Trastornos del estado de ánimo inducido por
sustancias.**

Trastornos del estado de ánimo no especificado.

E ESPECIFICACIONES QUE DESCRIBEN EL EPISODIO MAS RECIENTE.

**Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave
con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión
total para un episodio depresivo mayor, para un episodio
maníaco y para un episodio mixto).**

Crónico.

..Con síntomas catatónicos.

Con síntomas melancólicos.

Con síntomas atípicos.

De inicio en el posparto.

F ESPECIFICACIONES QUE DESCRIBEN EL CURSO DE LOS EPISODIOS RECIDIVANTES.

**Especificaciones de curso (con o sin recuperación
Interepisódica completa).**

Con patrón estacional

..Con ciclos rápidos

**Ahora bien, los trastornos adaptativos ya no entran en la
clasificación de los trastornos afectivos, sino que constituyen otro tipo de
desorden mental, cuyo "rasgo esencial es una reacción desadaptativa ante
un estrés psicosocial que se pueda identificar".**

Dentro de éste trastorno se clasifican otros, como son: los trastornos con estado de ánimo deprimido, llanto y desesperanza. El diagnóstico diferencial debe efectuarse con la depresión mayor y el duelo no complicado. (14)

En el trastorno adaptativo con síntomas emocionales mixtos (depresión, ansiedad, etc.) debe efectuarse diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos y ansiosos; en el trastorno con inhibición laboral o académica existe también frecuentemente depresión, entre los ejemplos se cita la incapacidad para estudiar o para escribir artículos. (14)

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 de depresión. (14)

Regularmente la depresión acompaña a la enfermedad orgánica grave y puede considerarse una respuesta normal a las desventuras de la vida. No obstante, así como la ansiedad patológica puede compararse con el miedo realista, es útil comparar la depresión patológica con la decepción normal, la tristeza y la aflicción (16)

La depresión ligera se manifiesta principalmente por una pérdida del interés agradable en los asuntos habituales de la vida, se pierde la espontaneidad, todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes.

El paciente no se siente enfermo orgánicamente pero tampoco se siente a gusto ni bien, la fatiga es excesiva, las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son prominentes en cognición, mientras que las memorias alentadoras, las esperanzas y los planes son difíciles de tener presentes. Una persona con una depresión ligera como la mencionada, hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos, sin embargo, para él y para sus amigos íntimos, algo ha cambiado. (4), (24).

En la depresión más intensa el paciente se halla francamente abatido o se siente físicamente enfermo (o ambos). Por lo general, está sombrío, desesperado, desvalido y carente de autoestima. Su raciocinio,

verbalización y movimientos se hallan retardados (retardo psicomotor), o se puede hallar tenso, hiperalerta e intranquilo (agitación, ansiedad).

El paciente deprimido agitado probablemente se queje interminablemente acerca de dolores y achaques, fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa. Si la depresión es de intensidad psicótica, el paciente realmente puede creer que las cosas están tan mal como las siente y puede representar ideas delirantes a menudo complicadas, de naturaleza hipocondríaca. (14)

De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente (6). Los estudios de EEG de pacientes deprimidos confirman que ellos tienden a presentar una proporción más elevada de sueño ligero o inquieto y un período más corto de sueño total. En las depresiones más intensas los pacientes por lo general se despiertan temprano sólo después del sueño necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigilias solitarias en las horas de la madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda. (14)

Existen síndromes neuróticos que abarcan a la depresión con un problema de hipersomnio; sin embargo, en la depresión intensa, lo inverso es la regla. (6)

La anorexia y la pérdida de peso son también características. (6) La pérdida involuntaria de 3 ò más kilos en un mes ha sido sugerida por algunos autores como un criterio diagnóstico de depresión intensa. Se presentan muchos otros males en la depresión, en especial, dolor de origen obscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda la gama de trastornos psicofisiológicos. Se describe como un síntoma clásico la pérdida del interés sexual o la incapacidad ("pérdida de la libido"). Resumiendo, los 4 apetitos se hallan deteriorados: HAMBRE, SUEÑO, SEXO Y ACTIVIDAD. (4)

CUADRO CLINICO

En la consulta psiquiátrica, la depresión es la patología que se observa con más frecuencia, y esta se presenta a cualquier edad, pero es en el paciente senil, donde ésta sintomatología se le considera como parte característico de su humor quejumbroso y gruñón (27); sin embargo, en muchos casos la sintomatología de tipo depresivo, puede pasar desapercibida y por lo mismo no ser diagnosticado oportunamente ni recibir un tratamiento adecuado.

Se sabe que alrededor del 6% u 8% de los Maníaco-depresivos enferman por primera vez en edades superiores a los 60 años (27). En virtud de que la enfermedad depresiva se asocia con molestias físicas, puede no ser identificada e incluso considerarse en algunas ocasiones como una manifestación normal en el anciano (14). La depresión produce un sufrimiento mental que puede expresarse a través de un estado emocional único en su género, compuesto por angustia, desesperación, autodesprecio, intensa culpabilidad, unidos a sentimientos de ira y temor (6). Es así, como el paciente senil, la tristeza, la melancolía y el abatimiento los acompaña durante la mayor parte del día, junto con una notable disminución del placer y el interés en todas, o casi todas las actividades cotidianas que antes realizaba y con la pérdida consecuyente y progresiva del deseo de vivir (20).

En el paciente geriátrico existe una total pérdida de la autoestima, con sentimientos de culpabilidad excesivos e inadecuados, presenta indecisión, que puede manifestarse hasta en las cosas de muy poca importancia (6); hay dificultad para la expresión y la organización de sus pensamientos, sensación de lejanía sentimental hacia sus familiares o amigos cercanos, sensación de ser rechazado y de ser un estorbo o carga para sus familiares, falta de energía, cansancio exagerado e inquietud extremos, con cambios importantísimos del apetito sexual, facilidades para el llanto o deseos intensos de llorar, sensación constante y frecuente de un "nudo" en la garganta, pesimismo intenso e ideas repetitivas de muerte, incluso se piensa en el suicidio como una alternativa de solución a sus problemas (6).

En el paciente senil, la afectividad es uno de los factores más importantes para el desarrollo de sintomatología depresiva, es así, como

todas las actividades que anteriormente se desarrollaban con prontitud y alegría, quedan a un lado, y la melancolía se adueña del anciano, presentando un aplanamiento afectivo, una dificultad para la toma de decisiones, pesimismo acentuado, aparición de fobias, crisis de ansiedad o de angustia, irritabilidad con respuestas agresivas a sus semejantes, añadiendo a esto, existe una pérdida de la autoestima y una severa autodevaluación (24). Todo este conjunto de pérdidas acumuladas, condiciona en el paciente senecto un impacto que lo colapsa y lo destruye.

En el paciente de la tercera edad las funciones intelectuales se encuentran disminuidas existe una mala captación de la mala información exterior, que en ocasiones es necesario repetirle la misma pregunta varias veces. Presentan mala captación de los hechos de la vida diaria, dificultad para llevar a cabo una comunicación adecuada con sus semejantes, ideas de culpa o fracaso, incapacidad de resolución de problemas, dependencia total o parcial de un familiar o un amigo, pensamientos obsesivos, como son ideas o recuerdos repetitivos y desagradables. (24). Con relación a su comportamiento, presentan una disminución de las actividades cotidianas, descuido en su arreglo personal, mal rendimiento de las actividades laborales, desprecio por la vida, intentos suicidas, tendencia a la ingesta de alcohol o de drogas como un medio de escape de su realidad (5), (24)

Como se mencionó en un principio, el paciente geriátrico con trastornos depresivos, va a presentar alteraciones de tipo somático, que se van a reflejar en los trastornos del sueño, como es el insomnio, o en algunos casos hipersomnia; se observan trastornos del apetito, que puede ser anorexia, o en su defecto hambre compulsiva. Se presenta debilitamiento o ausencia del interés por el sexo, cefaleas, artralgias, dolor en región cervical y dorsalgias. Se manifiestan trastornos de tipo digestivo, como puede ser dispepsia, meteorismo, nauseas, costipación o diarrea; hay alteraciones de tipo cardiovascular, como puede ser taquicardia, disnea y en ocasiones vértigos, prurito, alopecia, etc. (24). En el anciano existen factores que predisponen la aparición de síntomas depresivos (24), como son las enfermedades crónicas, terminales, proceso degenerativos, pérdida de las facultades físicas e intelectuales propias de la senectud; se presentan factores psicopatológicos como son demencia y el alcoholismo (4), (24).

Existen factores para el anciano de tipo psicológicos, como son el sentimiento de soledad, de inutilidad, incluso de ser una carga para sus familiares, falta de proyectos y expectativas en la vida, y una fuerte tendencia a refugiarse en los recuerdos del pasado, como una alternativa de solución a sus limitaciones físicas, intelectuales y socioeconómicas (3), (4), (24), (30).

En el paciente senil, los factores socio-familiares, pérdida de la pareja y de otros seres queridos, el desplazamiento hacia el asilo, así mismo, los factores socioeconómicos, como son la jubilación, la disminución del poder adquisitivo por falta de ingresos, incomunicación, pérdida progresiva del poder, pérdida de la influencia, del prestigio social, y dificultad para integrarse a su ambiente familiar (12), tienen una influencia importante en la aparición de síntomas de tipo depresivo (3), y estos deben ser valorados adecuadamente por el personal de salud. En el paciente geriátrico, la característica fundamental de la depresión es la ansiedad, y sabemos que la incidencia de suicidio aumenta con la edad y con el hecho de ser viudo o vivir solo, el no tener familiares, el no tener casa propia, hace que se refugie en el alcoholismo y las enfermedades propias del anciano (5), (12).

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

En la actualidad hablar de epidemiología de los trastornos depresivos o de las enfermedades mentales en general, es sumamente difícil, los estudios que a la fecha se reportan sobre estas patologías son en gran parte sólo descripciones de su incidencia en poblaciones diferentes, o estudios comparativos de enfermos deprimidos con la población total; se han elaborado hipótesis basadas en éstos datos, pero no han sido confirmadas. En ocasiones se tiene la impresión de que existe una total anarquía en esta área llama la atención la disparidad de conclusiones a que llegan diferentes autores (4), (14).

Es importante mencionar que en los estudios epidemiológicos actuales de las enfermedades mentales se aprecia lo siguiente (6):

1. Aumentan su frecuencia a medida que se avanza en edad; y que las cifras más altas se encuentran entre los 40 y 55 años; a partir de estas edades hay declinación en cuanto a padecimientos reactivos y endógenos, pero aumentan los de carácter degenerativo, y es en el anciano donde es más frecuente (12).
2. Se presentan más entre las clases socioeconómicamente desamparadas que en las altas (8); factores que en el senecto se acentúan, y por lo tanto son más susceptibles de ser afectados (23).
3. Se calcula que la frecuencia anual de las enfermedades mentales de tipo depresivo es de 3 a 5% de la población general (6), (14); y en la población senecta es del 3 % con manifestaciones menores de depresión en el 10% al 20%. (31), (32).

La depresión es una enfermedad que no respeta edades ni sexos, por lo que se considera que las depresiones en el anciano no son una entidad nosológica particular (32); numerosos estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los estados depresivos aumentan con la edad. Así, Ciompi (4), considera la depresión como una enfermedad típica de la tercera edad; y de acuerdo con un gran número de reportes de investigadores, este tipo de trastornos supera con mucho en los ancianos a los cuadros psicopatológicos asociados con cambios estructurales del tejido cerebral. Post y Kay (4), demostraron en sus investigaciones que los pacientes de la tercera edad que se encuentran deprimidos no están más expuestos que los sanos a sufrir un deterioro orgánico irreversible.

Es a partir de los 65 años cuando se inicia una serie de cambios en el anciano, que van a provocar una crisis existencial, dedicará más tiempo para autoanalizarse y percibir su propia realidad y hará conciencia de que su vida está cambiando, y que los objetivos señalados en su vida, algunos se realizaron y la gran mayoría no, así mismo, el senecto es un ser socialmente deficiente, ya que ha perdido algunas de las bases que sustentaban su vida personal, como son sus familiares, amigos, actividad y prestigio profesional.

Tomando en consideración lo antes mencionado, se expondrán los factores que predisponen a la aparición de los trastornos depresivos entre la población general y se realizará una separación de los elementos que integran la triada ecológica: AGENTE-HUESPED-AMBIENTE, que en este caso es más artificial que en otros padecimientos. Se debe tener en

cuenta que en muchos aspectos, estos tres componentes de la Historia Natural de la enfermedad, se superpone y entrelazan de tal modo que no debe parecer extraño que puedan hacerse algunas consideraciones similares a cada uno de ellos. Por ejemplo: los factores genéticos pueden tomarse como parte del agente, o bien como características constitutiva del huésped, o como un constituyente del medio ambiente, y hasta como posible agente predisponente de la enfermedad que nos ocupa (1), (6). Hecha esta aclaración se procederá a considerarlo por separado:

AGENTE: Se han propuesto agentes de tipo químico y de origen endógeno como:

1. Productos de procesos metabólicos que se encuentran en exceso o déficit (alteración en el metabolismo de los esteroides, niveles estrogénicos elevados, etc.) (3).
2. Déficit de neurotransmisores monoaminados (noradrenalina, dopamina) (19).
Agentes de tipo biológico, como predisposición genética.
Agentes de tipo psicosocial, como tensiones emocionales, inadaptación social.
Agentes de tipo psicobiológico, como labilidad al estrés.

HUESPED: La constitución genética del individuo ha parecido muy importante. Hay bases para suponer que existe una disposición genética para la depresión (5).

EDAD: se señala generalmente entre los 35 y los 45 años en la mujer (4). Con respecto al hombre, parece haber una mayor elasticidad, desde los 20 hasta los 60 años (4). Es importante señalar aquí la depresión involutiva, propia de la ancianidad (3), (8), (12), (27). Es particularmente notable la alta incidencia de trastornos del estado del ánimo entre personas de 70 años o más, (12), (24), y que la depresión es una patología demasiado frecuente entre la población geriátrica. Aproximadamente el 12% de la población por arriba de los 65 años se encuentran afectados por esta sintomatología (24). A esto se agrega el padecer enfermedades de tipo crónico degenerativas, que producen incapacidad funcional; el uso de

drogas antihipertensivas, que pueden en un momento dado promover la aparición de cuadros depresivos, (29).

SEXO: La depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, en una proporción de por lo menos de 2 a 1. (4), (12), (14). Esta diferencia de presentación ha sido atribuida a diversos factores, por ejemplo: hormonales, relacionando la depresión con los estrógenos (4). Sin embargo, si tomamos en cuenta lo anteriormente señalado, veremos que la edad en que el trastorno depresivo se presenta más fuerte en la mujer es de los 35 a los 45 años (5), no coincide precisamente con la edad en que los niveles estrogénicos son más altos. Es importante señalar que la etapa donde con mayor frecuencia se presentan alteraciones de tipo depresivo es durante el climaterio (24). También se han propuesto factores genéticos, y se ha llegado a afirmar que la depresión se transmite genéticamente ligada al cromosoma X, por lo que la mujer tendría el doble de probabilidades de padecerla que el hombre. Esta hipótesis carece aún de la fundamentación suficiente (12) En lo concerniente a la incidencia en el sexo femenino, algunos autores sostienen que en determinados períodos fisiológicos, especialmente durante el puerperio y la menopausia (5), (12), (24), la frecuencia de la sintomatología depresiva aumenta, de leve a moderada, pero hay grandes discrepancias al respecto y no se disponen de datos precisos.

ESTADO CIVIL: No existen acuerdos generales sobre este status. . Existe una hipótesis bien fundamentada que considera como factor de riesgo muy importante la separación, y otra que sostiene que las depresiones se presentan con mucha menor frecuencia entre personas que mantienen relaciones emocionales estables (14). Ejemplo: un "matrimonio feliz", gracias al soporte afectivo que tal relación representa para el individuo, dentro del grupo de los casados se incluyen a los feliz o infelizmente divorciados o viudos y en un momento dado no se pueden separar con exactitud y darle un valor a esta situación, ya que pueden permanecer dentro de una acción preparatoria de una "relación emocional estable" (12).

GRUPO ETNICO: Existen diferencias en la prevalencia de los trastornos depresivos entre los grupos étnicos, y esto puede deberse a factores genéticos o a factores más complejos dentro de los cuales se encontraría la diversidad de creencias, costumbres, integración social, capacidad económica, desarrollo cultural, etc. (3)

RELIGION: Algunos autores señalan a la religión católica tradicional como contribuyente a la depresión, ya que su "moral gira alrededor del pecado y la culpa" (4), constituyendo así un factor predisponen a sentimientos de culpabilidad, de indignidad, de minusvalía y de vergüenza, así como, de angustia y temor por la amenaza de castigo eterno. Lo mismo ocurriría en otros contextos religiosos, sociales, familiares, etc., que exigen normas de conducta muy estrictas, y condenan severamente cualquier desviación de las mismas. Es innegable que el catolicismo constituye un factor protector contra el suicidio, que es la complicación más grave de la enfermedad depresiva, en estudios llevados a cabo en los Estados Unidos y Europa Occidental, se ha encontrado que la tasa de suicidios es más baja en poblaciones católicas que en protestantes y judías (4).

OCUPACION: No hay datos concluyentes al respecto, parece ser que entre más involucrada se encuentre la persona en su trabajo, menos susceptible será a la depresión. Pero existe también un tipo de depresión por "agotamiento", caracterizado básicamente por: irritabilidad, hipersensibilidad y sentimientos angustiosos de fracaso. Al parecer este trastorno se relaciona más con el exceso de trabajo de tipo intelectual (5).

STATUS SOCIOECONÓMICO: Algunos estudios señalan, más que las diferentes frecuencia, las diversas manifestaciones de los estados depresivos según la clase socioeconómica a la que pertenecen los pacientes. Así J. Becker, (4), afirma que la incidencia de desorden afectivo, no parece estar relacionado con la clase social. Sin embargo, la depresión se manifiesta de modo marcadamente diferente en función de la clase social: los deprimidos de la clase media expresan soledad, culpabilidad y lloran con facilidad, y los deprimidos de las clases más bajas evidencian futilidad y autoaborrecimiento. De acuerdo con este investigador el descenso económico predispone a la depresión (14).

AMBIENTE: Este tercer elemento de la triada ecológica suele dividirse en natural y creado por el hombre o sociocultural. En el caso de la enfermedad depresiva, es el ambiente sociocultural el que más interesa, aunque entre ellos existe una interacción innegable (3), (14).

En todos los trastornos de la afectividad el entorno del huésped juega un papel muy importante en el desarrollo del padecimiento, ya que no se puede considerar al individuo aislado de su medio ambiente, aunque

por otra parte, el ambiente no es decisivo en la producción de la enfermedad depresiva, ya que existen diversos grados de resistencia individual y de adaptación al medio social (5). Uno de los componentes ambientales más frecuentemente relacionados con el padecimiento de los trastornos depresivos es la pérdida real o imaginaria de algo que el paciente valora en alto grado (un ser querido, un cargo público, su propio prestigio, etc.), (4), (14).

PREVALENCIA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el porcentaje de enfermos deprimidos es de 3 a 5 % de la población general. Por lo tanto, si la población mundial es de unos 4.000 millones de habitantes, existen ahora de 120 a 200 millones de deprimidos. (5), (6). En otras investigaciones se habla de cifras aún mayores. Por ejemplo, el Comité para la Prevención y Tratamiento de las Depresiones, estima que entre el 10 al 20% de los pacientes que acuden al médico general son deprimidos, sin contar que hay un elevado porcentaje de deprimidos que no acuden al médico y por ende no se diagnostican (14).

Existe un consenso general, de que la prevalencia y la incidencia de los estados depresivos, va en aumento en los países desarrollados; las razones de ellos son fáciles de entender; las condiciones actuales de vida suponen mayor tensión y estrés, la dependencia de factores externos inmodificables por el individuo, el desempleo, la amenaza de un desastre nuclear, el terrorismo de las ciudades, la desintegración y violencia intrafamiliar, etc. Por otra parte, en la actualidad las depresiones se diagnostican fácilmente, se les va reconociendo mejor y los pacientes acuden con más frecuencia a solicitar ayuda especializada; va en cierta forma disminuyendo el estigma de por lo menos algunas enfermedades mentales, y la población se va haciendo más consciente de la existencia de esas alteraciones y de la necesidad de tratamiento (4), (14). Se cree que en los últimos 20 años, las formas más graves de la depresión se presentan con mucha mayor frecuencia, aunque algunos de los síntomas tradicionalmente descritos como acompañantes de la depresión han disminuido (sentimientos de culpabilidad, de indignidad, bloqueos de la motilidad y de actividades relacionadas con los instintos: apetito,

sexualidad, etc.), mientras que ha aumentado la sintomatología de tipo somático. (14), (16).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Los trastornos del ánimo de tipo depresivo, es una patología que es difícil de esquematizar, por lo que la Historia Natural de la Enfermedad, de acuerdo a la normatividad establecida dentro de la Salud Pública, se puede considerar desde la fase en que el paciente está en perfecto estado de salud hasta la aparición de sintomatología de tipo depresivo, por la fase de la enfermedad temprana, discretamente avanzada, avanzada, muy avanzada o complicada, hasta la fase de recuperación o la muerte. El estado de salud está representado por perfecto funcionamiento biológico, psicológico y social del individuo en su interacción con el medio ambiente, que se encuentra plasmada en la definición emitida por la OMS como: el completo bienestar físico, mental, social, y no sólo la ausencia de enfermedad; y la pérdida de este equilibrio en las tres esferas bio-psico-social, se le define como enfermedad.

Los factores que determinan el equilibrio(salud), o en la pérdida (enfermedad), están contenidos en la herencia biológica, cultural, social y en el ambiente natural, social del propio individuo (6). En el caso de la enfermedad depresiva se presupone la existencia de una personalidad premórbida, determinada por factores de tipo genético, fisiopatológico y sociocultural, influenciados por factores externos que determinan el inicio de la enfermedad; que pueden ser de tipo bio-psico-social. (6). El inicio de la sintomatología de tipo depresivo en el anciano es variable, la mayoría de las veces es de aparición muy lenta, sin que el paciente este consciente de los cambios de tipo afectivo (7). Las manifestaciones somáticas son diversas, pero las más frecuentes están relacionadas con alteraciones del sueño, del apetito, de la libido, y de las actividades que cotidianamente realiza y uno no sabe a que atribuir las (2), (16). En algunos pacientes la sintomatología se presenta posterior a la presentación de un suceso o acontecimiento que afecte psicológicamente, como puede ser la pérdida de un familiar, por enfermedad limitante en sus funciones, pérdida del ingreso económico, despido del trabajo, etc.), que en un momento dado puede ubicarse en tiempo. Los trastornos del estado de ánimo de tipo

depresivo son de los casos autolimitados, aunque el correcto manejo y tratamiento es factor primordial en su evolución. (25).

DEPRESION Y SUICIDIO: Las complicaciones de los trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo, pueden variar desde un grado tan leve, como es dificultad para la concentración o falta de atención, hasta un estado grave como puede ser el suicidio. La depresión y el suicidio constituyen un binomio tristemente emparentado, sobre todo en los depresivos endógenos, el suicidio ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad (6), (24). No existe una forma universal de detectar al paciente suicida, sin embargo, el clínico no debe dejar pasar por alto esta posibilidad de todo paciente deprimido; cerca del 80% de los pacientes que realizan un intento de suicidio serio, lo llevan a cabo, y podrían haber sido diagnosticados oportunamente y ser manejados correctamente, evitando de ésta manera que el paciente se colapse y escape por la puerta falsa. (25).

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

1. La edad es uno de los factores determinantes en la aparición de sintomatología de tipo depresivo y en los que con mayor frecuencia se concluye con el suicidio; los pacientes mayores de 60 años son los que acumulan más factores de riesgo (24).
2. Los pacientes del sexo masculino superan en 3 o 4 veces a las mujeres en cuanto a riesgo de suicidio. (4).
3. El hecho de vivir aisladas o en la soledad aumenta el riesgo, siendo mayor en las personas que viven separadas, divorciadas o con rechazo social (6).
4. En las personas que han efectuado ya un intento de suicidio, la creencia popular es de que sólo quieren llamar la atención y se piensa que sólo están jugando, y se sabe que en ellos el riesgo es mucho mayor, el no prestarles la atención y asesoría adecuada puede conducir a un desenlace fatal. (6), (16).
5. En el adulto mayor el consumo de alcohol es un refugio a su soledad y esto aumenta el riesgo del deseo de autodestrucción. (3).
6. La multitud de factores de pérdida en el anciano, condicionan que el riesgo del suicidio sea más alto, y la disminución de la

autoestima, la pérdida de la capacidad física, pueden ser tan intensas, que se piense en el suicidio como una alternativa de solución a sus problemas. (5).

7. Las enfermedades o el miedo a perder la salud, es en el anciano un factor condicionante del deseo de morir. (16), (29).
8. La pérdida irreparable de un familiar cercano o querido, incrementa el factor de riesgo para el suicidio. En algunos pacientes enfermos, tienen la convicción de que al morir se reunirán en el más allá con sus familiares muertos y eso les puede conducir a la realización de acciones encaminadas a morir. (16).

MANEJO TERAPEUTICO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Una vez que se ha detectado sintomatología de tipo depresivo en el anciano, compatible con trastornos del estado del ánimo, y que se haya decidido su tratamiento con fármacos antidepresivos, es importante seguir una serie de normas de cuyo seguimiento depende en gran medida un resultado aceptable. (19)

1. Elección de un antidepresivo.
2. Inicio del tratamiento y continuación del mismo.
3. Valoración de la dosis y oportuna suspensión de la misma.
4. Vigilancia del exacto cumplimiento de las indicaciones médicas.
5. Instrucciones a los familiares encargados del paciente geriátrico.
6. Control y manejo de los efectos secundarios.

En la actualidad el tratamiento de los trastornos depresivos puede consistir en farmacoterapia, psicoterapia, terapia anticonvulsiva, hipnoterapia, terapia de suspensión del sueño, o en una combinación de estas medidas terapéuticas (6), (16). Es importante reconocer que el tratamiento que se utiliza con los pacientes de la tercera edad, es casi exclusivamente farmacológico, aunque en algunos casos puede incluirse algún grado de psicoterapia. (17). Los otros métodos requieren equipos de

salud especializados, de los que sólo algunas instituciones cuentan con ellos, y sólo pueden ser utilizados por personal altamente calificado (16).

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO: En general, los antidepresivos más utilizados son los Tricíclicos, y de ellos se puede iniciar con una dosis baja e ir incrementando en forma progresiva de acuerdo a dosis respuesta. (17). Así como, la aparición de la sintomatología de tipo depresivo es en forma paulatina, también suele ser la desaparición de dicho cuadro clínico; generalmente se puede iniciar con dosis de 50 a 75 mgs/24 horas., según la gravedad y características del cuadro depresivo, pudiéndose llegar hasta 300 mgs/24, una vez que se ha logrado el control de la sintomatología, deben mantenerse los antidepresivos hasta por 3 o 6 meses.

Otro grupo de medicamentos utilizados en la terapia farmacológica de la sintomatología de tipo depresivo son los Inhibidores selectivos de la recaptur de la serotonina, estos son altamente eficaces en el tratamiento de trastornos depresivos asociados con ansiedad, desordenes digestivos, pánico, fobias, reacciones obsesivas compulsivas en el adulto mayor. (16). El uso de los Inhibidores de la Monoaminooxidasa, está hasta cierto punto restringido por sus efectos colaterales e intolerancia, aún cuando estos antidepresivos han demostrado mayor eficacia que los antidepresivos tricíclicos.

CLASIFICACION DE LOS FARMACOS

1. Psicolépticos, con acción sedativa. (hipnóticos, tranquilizantes y neurolépticos o antipsicóticos).
2. Psicoanalépticos, que elevan el tono mental; (estimulantes de la vigilia o analépticos y los estimulantes del humor o timoanalépticos o antidepresivos).
3. Psicodislépticos o alucinantes, son perturbadores del tono psíquico.

En el manejo de los medicamentos antidepresivos deben considerarse las siguientes condiciones:

1. No son estimulantes del sistema nervioso central.
2. No tienen efecto ansiolítico.
3. Su uso constituye un tratamiento de fondo curativo de la depresión, pero sus efectos serán apreciados por el paciente después de la tercera o cuarta semana de tratamiento.
4. No existe riesgo de dependencia de ningún tipo.

CLASIFICACION DE LOS MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS.

- A. Tricíclicos.
- B. Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)
- C. Tetracíclicos.
- D. Inhibidores Selectivos de la Recaptura de la Serotonina.

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

Este tipo de medicamentos bloquea la recaptación presináptica de las catecolaminas, como es el caso de la Imipramina y la clorimipramina inhibe la recaptación de serotonina, la vía digestiva es adecuada para la absorción y su eliminación es por la orina. (20), (23). Ejemplos:

Imipramina: En casos leves 25 mg tres veces al día. En casos severos 50 mg tres veces al día.

Desmetilimipramida o desimipramina: En casos leves 75 mg al día y en casos severos de 150 a 250 mg al día.

Amitriptilina: En casos de insomnio la dosis recomendable es de 75 mg, de preferencia por la noche. Para depresiones agitadas de 75 a 150 mg diarios.

Nortriptilina: Casos leves 75 mg al día y en casos severos 150 mg

Clorimipramina: De 75 a 150 mg al día.

Trimipramina: Dosis de 75 a 300 mg al día, es útil en caso de pacientes que presenten obsesiones.

Butriptilina: De 75 a 150 mg al día.

Los pacientes de edad avanzada son particularmente susceptibles a efectos anticolinérgicos, neurológicos, psíquicos y cardiovasculares (19).

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO).

Estos medicamentos aumentan la concentración de las catecolaminas al inhibir la enzima responsable de su degradación, (20), su administración es exclusivamente por vía oral y su eliminación es más lenta que la de los tricíclicos por lo que puede permanecer en el organismo hasta por diez días. Pueden provocar hipotensión ortostática, manifestándose por vértigos, mareos e insomnio. Debe evitarse la ingesta de alimentos que contengan tiramina, como son los quesos añejos, vísceras, arenque salado, ya que se libera adrenalina y noradrenalina en forma brusca y puede elevar la presión arterial, el uso de vasoconstrictores por vía nasal puede provocar el mismo efecto (20),(23). Los efectos más conocidos por la sobredosis son agitación, alucinaciones, hiperreflexia, hiperpirexia y convulsiones. Los inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), deben ser utilizados con demasiada

precaución y bajo estricta vigilancia del especialista en psiquiatría por sus efectos tóxicos. (4), (16), (20), (23).

Ejemplo de I.M.A.O

Fenelcina: de 30 a 45 mg al día.

Isocarboxácida: de 20 a 40 mg al día

ANTIDEPRESIVOS TETRACICLICOS.

Su uso está sujeto particularmente, cuando no es posible utilizar otro tipo de antidepresivo, ya que los efectos colaterales son de menor intensidad.

Ejemplos:

Maprotilina: 75 mg al día.

Nomifensin : 75 a 150 mg al día.

Mianserina : 30 a 60 mg al día.

Trazodona : 150 a 300 mg al día por vía oral.

150 a 300 mg IV diluido en 250 a

500 mls. De solución glucosada.

Carbonato de Litio: 600 a 1200 mg al día.

INIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE LA SÉROTONINA

Los ISRS, refuerzan la actividad serotoninérgica (5-HT) en el sistema nervioso central. Se ha postulado que una deficiencia de 5-hidroxitriptamina (5-HT serotonina) en el cerebro es una de las anomalías neuroquímicas fundamentales en la depresión. Este tipo de antidepresivos inhiben la recaptura selectiva de la serotonina por interacción competitiva en el transporte activo de la membrana neuronal aumentando la concentración de serotonina en el espacio sináptico, facilitando la transmisión serotoninérgica (16), (21).

Ejemplo:

Paroxetina : 20 mgs. al día hasta 50 mgs.

Clorhidrato de

Fluoxetina : 20 a 80 mgs. al día, dosis inicial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores se asocian a la aparición de sintomatología depresiva en el adulto mayor, tanto masculinos como femeninos que acuden a la consulta de primer nivel en la clínica hospital del ISSSTE en Puebla?

JUSTIFICACION

En estudios realizados a nivel mundial se ha demostrado que la depresión es un padecimiento frecuente y que se presenta a cualquier edad.

Se calcula que un 3.5 a 4% de la población en general presenta este cuadro bien diferenciado, lo que significa que de 120 a 150 millones de personas a nivel mundial sufren de este mal. (3)

La depresión constituye un serio problema de salud pública, por su incidencia y prevalencia, además que con ella se exacerbaban los padecimientos agregados como la Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, etc. (18, 29)

La depresión es la patología que con frecuencia afecta a la población de la tercera edad.

Estudios realizados en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica (México y Argentina) coinciden en afirmar que un 12% o más de la población mayor de 65 años se ve inmersa en esta enfermedad. (3)

En estos se ha demostrado que esta incidencia se encuentra en relación directa mente proporcional a la presencia de diversos factores internos y externos del propio ser humano como por ejemplo: enfermedades crónico-degenerativas, el uso de drogas, incapacidad física y funcional, pérdidas afectivas económicas y sociales, etc. (3)

Todos estos son factores que la mayoría de las veces están a la vista y si el medica familiar es capaz de detectar podrá diagnosticar con un alto grado de certeza y proporcionar un manejo psicoterapeutico adecuado al adulto mayor; con esto mejorara la atención en el primer nivel, lo que tendrá un positivo impacto en la salud familiar, Bienestar Social y del Sistema Nacional de Salud. (4, 5, 11)

OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que condicionaron la presentación de la sintomatología de tipo depresivo en el adulto mayor.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1. - Determinar el estado cognoscitivo del adulto mayor.**
- 2. - Detectar la presencia de sintomatología depresiva en el adulto mayor.**
- 3.- Determinar la frecuencia de presentación de la sintomatología de tipo depresivo en el adulto mayor.**
- 4. - Determinar por sexo el porcentaje de consulta solicitada.**
- 5. - Detectar los factores que condicionaron la aparición de sintomatología depresiva en el adulto mayor.**

HIPOTESIS

El tipo de estudio es prospectivo, descriptivo y observacional por lo que no requiere de hipótesis.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio es prospectivo, por que la información se obtuvo después de la planeación de la investigación, es transversal por que las características del grupo de adultos mayores en estudio se midieron una sola vez; es descriptivo por que se realiza en una sola población que son los adultos mayores de la clínica hospital, del ISSSTE en Puebla; es observacional por que solo se describe o se mide el fenómeno estudiado.

POBLACION, LUGAR Y FECHA DE ESTUDIO

El estudio se realiza en población de adultos mayores de 65 años, en la Clínica Hospital del ISSSTE en Puebla, del 1º de enero al 30 de junio de 1995, la cual cuenta con una población derechohabiente de 11,864 adultos mayores, entre femeninos y masculinos.

TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra es aleatorio simple donde todos los pacientes con diagnóstico de depresión, tuvieron la misma probabilidad de quedar incluidos en la muestra.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Es conveniente en relación con el grado de representatividad de la población en estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- a) Adultos mayores de 65 años en adelante, ambos sexos (femenino y masculino)**
- b) Sin datos clínicos de demencia.**
- c) Sin tratamiento antidepresivo.**
- d) Que aceptaran participar en el estudio.**

CRITERIOS DE EXCLUSION

- a) A los menores de 65 años.**
- b) A los que presentan deficiencias visuales, auditivas o manuales.**
- c) A los que presentan deterioro mental**
- d) A los que presentan patología psiquiátrica mayor (esquizofrenia, trastornos delirantes, etc.).**

CRITERIOS DE ELIMINACION

Se eliminan a los que no terminaron la entrevista.

VARIABLES Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION

VARIABLES DEMOGRAFICAS.

Nombre:	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades
Edad	Cuantitativa	discreta	años. meses, días
Sexo	Cualitativa	nominal	Femenino/masculino
Escolaridad	Cuantitativa	discreta	Nula, primaria, secundaria, prepa. y Profesional.
Estado Civil	Cualitativa	nominal	Soltero/casado viudo/unión libre.
Religión	Cualitativa	nominal	Católico, judío u otra.
Diagnostico	Cualitativa	nominal	sí / no

VARIABLES INSTRUMENTALES

Se aplicaron tres instrumentos:

1. - ESTADO MENTAL BREVE MODIFICADO.

Dado a conocer por Marshall Folstein en 1975, es la prueba de mayor alcance que consta de once reactivos en forma de "Check List" que evalúan la orientación del sujeto en el tiempo y en el espacio, recuerdo instantáneo, memoria reciente, habilidad para el calculo, uso del lenguaje y capacidad constructiva.

La puntuación total posible es de 30, fijando el punto de corte discriminativo para déficit cognoscitivo de 24/23. Este test permite valorar capacidades cognoscitivas e identificar a pacientes demenciales. (17, 19, 27)

2. - CUESTIONARIO CLÍNICO DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO.

Diseñado por el Dr. Guillermo Calderón Narvaez, consta de 20 reactivos que evalúan ausencia o presencia de sintomatología depresiva, así como su intensidad (poco, regular y mucho) permitiendo diferenciar cuatro categorías diagnósticas. (4)

- a) Normal
- b) Reacción de ansiedad
- c) Depresión media
- d) Depresión severa

3. - CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DE TIPO DEPRESIVO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.

Se agregaron 10 reactivos para determinar que factor es el que se asocia mas frecuentemente con la aparición de sintomatología de tipo depresivo

METODO PARA CAPTURAR LA INFORMACION

1. - Los pacientes fueron abordados en la sala de espera de la zona de consulta externa de jubilados y pensionados de la Clínica Hospital del ISSSTE en Puebla, solicitándoles previamente su participación voluntaria en el estudio.

2. - La aplicación de los cuestionarios fue realizada por el medico responsable del estudio, y en caso de duda se dio la explicación necesaria. El tiempo utilizado por cada paciente para la respuesta de los tres cuestionarios fue de 45 minutos.

3. - Se procedió a aplicar el test de tamizaje (estado mental breve modificado) para seleccionar la muestra.

En todos aquellos que no se encontró demencia se aplico el 2º instrumento (cuestionario clínico: Diagnostico del Síndrome Depresivo) junto con el cuestionario para determinar los factores que condicionan la aparición de sintomatología de tipo depresivo en el paciente adulto mayor.

4. - Los datos se recabaron en formularios especiales. Ad-hoc.

5. - Se analizaron los datos obtenidos de los cuestionarios y se diseñaron las gráficas respectivas con los porcentajes obtenidos y que están acordes con las variables propuestas.

CONSIDERACIONES ETICAS

La 18ª Asamblea Medica Mundial, Helsinki Finlandia 1964 y revisada por la 29ª Asamblea Medica Mundial, Tokio Japón 1975, nos dice que:

Es la misión del medico velar por la salud de las personas, sus conocimientos y conciencia deben estar completamente dedicados a cumplir esta misión.

La Asociación Medica Mundial une al medico con las palabras "La salud de mi paciente, será mi primera consideración" y el Código Internacional de ética medica declara que: "Cualquier acto o consejo que pudiera debilitar la resistencia física y mental de un ser humano, debe ser usada únicamente por su propio beneficio".

La Asociación Medica Mundial (Helsinki Finlandia 1964) ha preparado las siguientes como guía para cualquier medico en Investigación Biomedica que involucre a seres humanos: los lineamientos que prepara son una guía para todos los médicos en todo el mundo y no las excluye de responsabilidades criminales, civiles y éticas ante las leyes de su propio país.

Investigación Biomedica no Terapéutica que involucra sujetos humanos.

1. - En la aplicación científica de la investigación Biomedica realizada sobre seres humanos, es deber del medico permanecer como el protector de la vida y la salud de esas personas.

2. - Los sujetos deberán ser voluntarios, ya se trate de personas sanas o pacientes para quienes el diseño experimental no este relacionado con sus enfermedades.

3. - El investigador o grupo de investigación deberá interrumpir la investigación, si considera que esta pudiera ser dañina al individuo

4. - En la investigación humana, el interés de la ciencia y la sociedad nunca deberá estar por encima de las consideraciones relacionadas con el bienestar de los sujetos.

RESULTADOS

I.- TABLAS Y GRAFICAS

II.- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

El universo de trabajo corresponde a 11,864 pacientes adultos mayores.

Se estudió una población de 150 pacientes de mas de 65 años de edad que acudieron a la clínica hospital del ISSSTE en Puebla durante el periodo comprendido del 1º de enero al 30 de junio de 1995.

SEXO: Los resultados de la encuesta indican que 93 personas son del sexo femenino (62%); y 57 personas del sexo masculino (38%). Gráfica 1 y tabla 1.

EDAD: En lo concerniente a esta variable, se señala como edad mínima 65 años, integrando grupos de edad con un intervalo de 5 años (65 a 69, 70 a 74, 75 a 79, 80 a 84, 85 a 89 y de 90 o más) siendo el promedio de edad 71 años; la mayoría de la población quedo comprendida en el grupo de 65 a 69 años.

RELIGION: Es evidente que la mayoría de la población profesa la religión católica, y aun cuando no se considera como un factor relevante, se cuestiono, ya que se sabe, que influye en forma importante en la vida personal del anciano y en la tendencia al suicidio. (6)

ESCOLARIDAD: La escolaridad que predomino en la población femenina fue la instrucción primaria con 39 pacientes (42%) y profesional con 27 pacientes (29%) y en la población masculina predomino el nivel profesional con 28 pacientes (49%). Tabla 2, gráfica 2 y 3.

ESTADO CIVIL: Con relación al estado civil, el total de la población, femenina y masculina, menciono que su estado civil es casado, por lo que esta variable no se tomo en consideración, aun cuando se sabe que la perdida de la pareja es un factor que influye en forma importante en la aparición de sintomatología de tipo depresivo en el anciano (12), (14), (30).

En cuanto a la aparición de sintomatología depresiva se detectaron 19 (20%) pacientes femeninos y 10 (18%) pacientes masculinos dentro de la normalidad; 25 (27%) pacientes femeninos y 21 (37%) pacientes masculinos con reacción de ansiedad; 33 (36%) pacientes femeninos y 23 (40%) pacientes masculinos presentaron depresión media; 16(17%) pacientes femeninos y 3 (5%) pacientes masculinos presentaron depresión severa. Tabla 3, gráfica 4 y 5.

En los factores que se asocian a la sintomatología depresiva se observa en la población femenina que el factor familiar es el que predomina con 45% y le sigue el factor económico con 34%; un 15% corresponde al factor enfermedad y un 4% a falta de trabajo. Tabla 6; gráfica 6.

En la población masculina los factores que se asocian a la sintomatología depresiva en primer lugar encontramos el factor económico con 39%, le sigue el factor enfermedad con 22%, el factor familiar con 21%, muerte de un familiar con 16% y falta de trabajo 2%. Tabla 7, gráfica 7.

TABLAS Y GRAFICAS

**TABLA 1
POBLACION EN ESTUDIO
POR SEXO**

Sexo	No. Pacientes	Porcentaje
Femenino	93	62%
Masculino	46	38%
Total	100	100%

Fuente: Cédula de recolección de datos, ISSSTE Puebla.

**TABLA 2
ESCOLARIDAD**

Grado	Fem.		Masc.	
	Fem.	%	Masc.	%
Ninguna	6	6	0	0
Primaria	39	42	15	26
Secundaria	12	13	14	25
Preparatoria	9	10	0	0
Profesional	27	29	28	49
Total	93	100	57	100

Fuente: Cédula de recolección de datos, ISSSTE Puebla.

TABLA 3
GRADO DE DEPRESION.

CLASIFICACION	FEM.		MASC.	
		%		%
Normal	19	20	10	18
R. Ansiedad	25	27	21	37
Depresión media	33	36	23	40
Depresión severa	16	17	3	5
Total	93	100	57	100

Fuente: Encuesta ISSSTE Puebla.

TABLA 4
GRADO DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD.

CLASIFICACIÓN	POBLACIÓN					FEMENINA	
	Edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Normal		13%	4%	3%	0	0	20%
R. Ansiedad		20%	2%	0	3%	2%	27%
Dep. Media		11%	10%	5%	5%	5%	36%
Dep. Severa		9%	6%	2%	0	0	17%

Fuente: Encuesta ISSSTE Puebla.

TABLA 5
GRADO DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD.

CLASIFICACIÓN	POBLACIÓN					MASCULINA
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Normal	11%	4%	3%	0	0	18%
R.Ansiedad	16%	10%	9%	2%	0	37%
Dep. Media	31%	3%	2%	4%	0	40%
Dep. Severa	5%	0	0	0	0	5%

Fuente: Encuesta ISSSTE Puebla.

TABLA 6
FACTORES PREDISPONENTES

FACTORES	POBLACIÓN					MASCULINA
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Edad	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Económico	21%	5%	11%	2%	0	39%
Enfermedad	19%	3%	0	0	0	22%
Familiar	5%	11%	2%	3%	0	21%
Muerte Fam-	16%	0	0	0	0	16%

Fuente: Encuesta ISSSTE Puebla.

TABLA 7

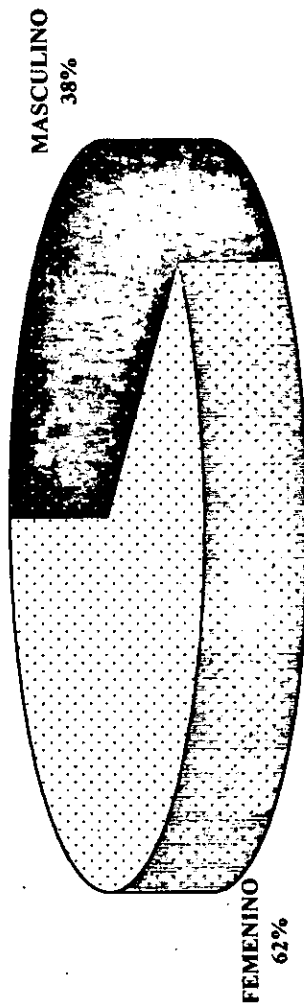
FACTORES PREDISPONENTES

FACTORES	POBLACIÓN					FEMENINA
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	Total
Familiar	19%	13%	10%	3%	0	45%
Económico	23%	10%	1%	0	0	34%
Enfermedad	10%	0	0	5%	0	15%
Falta de trab.	0	0	0	0	4%	4%
Rechazo fam	0	0	0	0	2%	2%

Fuente: Encuesta ISSSTE Puebla.

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

**DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA
APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL
ADULTO MAYOR**



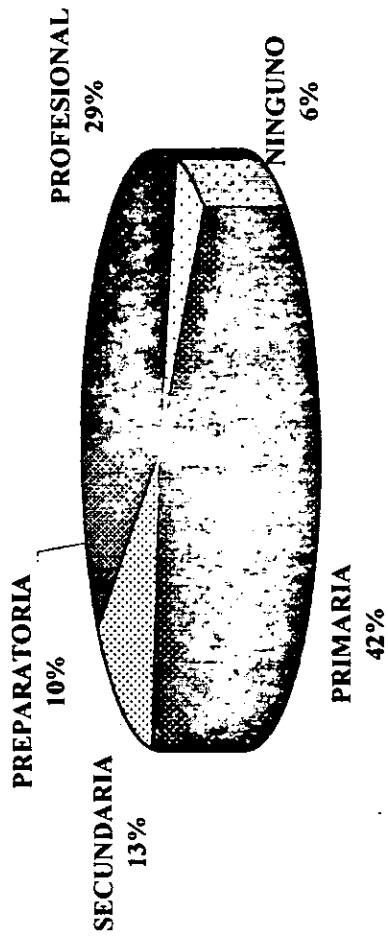
POBLACION EN ESTUDIO

GRAFICA NUM.1

Fuente : Cédula de recolección de datos, ISSSTE Puebla.

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA
APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL
ADULTO MAYOR



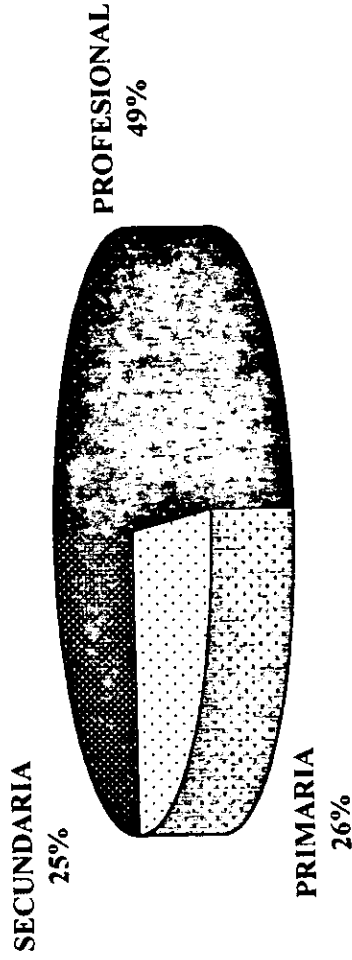
ESCOLARIDAD POBLACION FEMENINA

GRAFICA NUM. 2

Fuente : Cédula de recolección de datos, ISSSTE Puebla.

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

**DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA
APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL
ADULTO MAYOR**



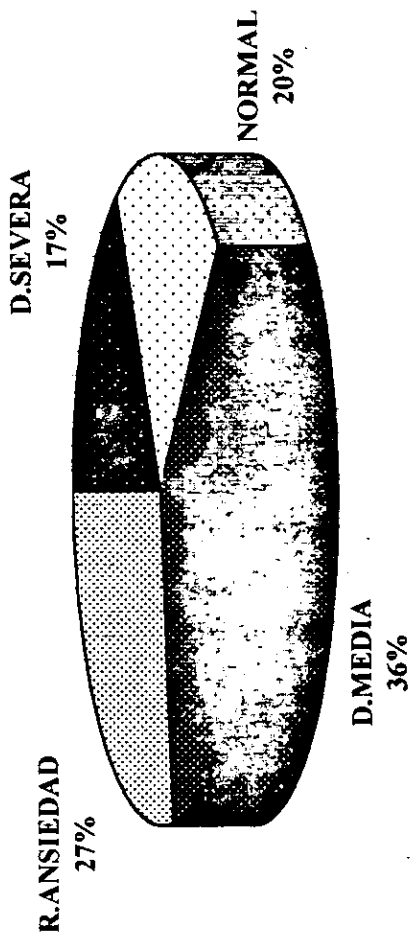
POBLACION MASCULINA

GRAFICA NUM. 3

Fuente: Cédula de recolección de datos, ISSSTE Puebla.

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR



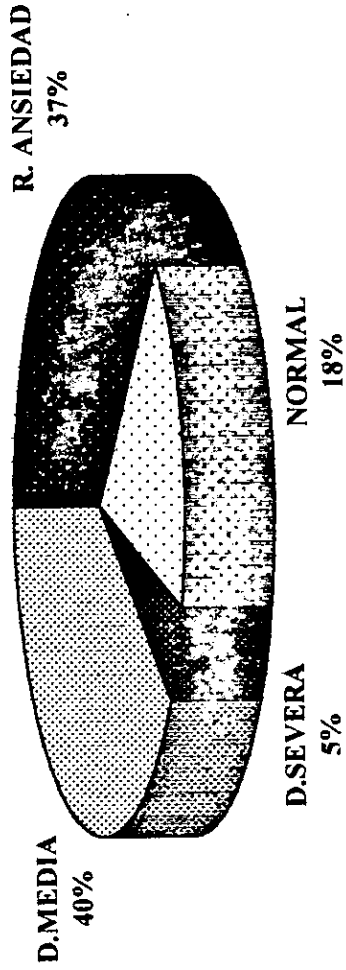
GRADO DE DEPRESION POBLACION FEMENINA

GRAFICA NUM. 4

Fuente: En cuesta ISSSTE Puebla.

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR

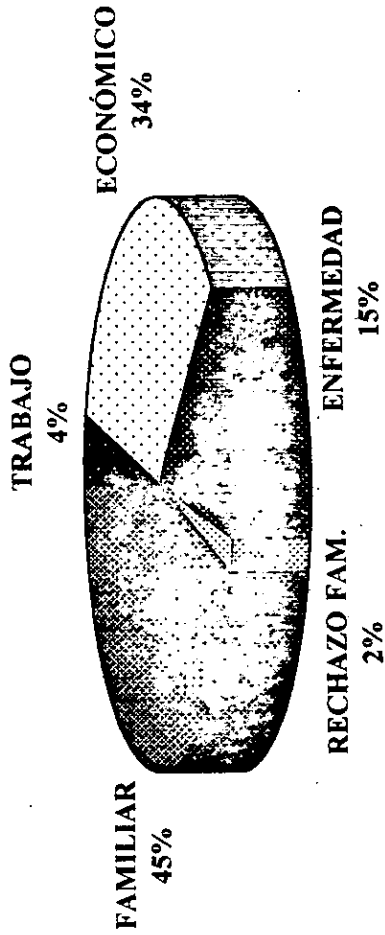


GRADO DE DEPRESION POBLACION MASCULINA

GRAFICA NUM. 5

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR

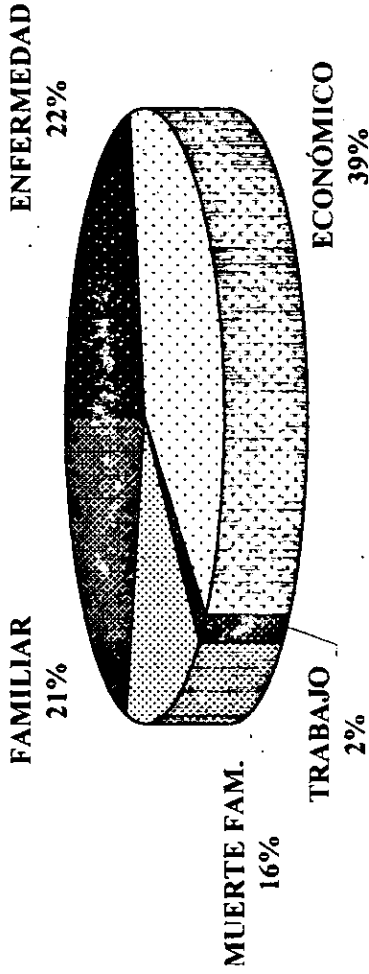


FACTORES EN POBLACION FEMENINA

GRAFICA NUM. 6

HOSPITAL REGIONAL ISSSTE PUEBLA

DETERMINACION DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR



FACTORES EN POBLACION MASCULINA

GRAFICA NUM. 7

DISCUSION

Al analizar los resultados se encontró que el 80% de la población en estudio presenta datos compatibles con sintomatología de tipo depresivo y los factores que la condicionan reportan cifras similares para la población femenina y masculina.

En éste estudio la sintomatología de tipo depresivo que se presentó con más frecuencia es la considerada como Depresión Media, en segundo lugar la Reacción de Ansiedad y en menor porcentaje la Depresión Severa.

Estos resultados son similares a los referidos por el Dr. Kavan Michael; y González Felipe. 1992, otra bibliografía con la cual se compararon los resultados es del Dr. Herrero Velasco y Brian Connelly. 1993, Peny D'ath junto con Pond C. Dimitry; 1994, quienes publicaron que la depresión es uno de los problemas de salud que afecta en muy alta incidencia al paciente geriátrico y específicamente la depresión severa, encontrando que la más afectada es la población femenina. Datos que coinciden con éste estudio, donde se observa que el 17% de las mujeres presentó depresión severa y la población masculina únicamente reportó un 5%. Tabla y Gráfica 4 y 5.

Respecto a los factores que se asocian a la sintomatología depresiva en la población femenina predominó el factor familiar con un 45%, el económico con 34% y el factor enfermedad 15%; en la población masculina predominó el factor económico con 39%, el factor enfermedad 22% y el factor familiar 21%. Tabla y Gráfica 6 y 7.

En éste estudio la subjetividad de los resultados es evidente, el tamaño de la muestra es pequeña, pero la información obtenida arroja datos dignos de ser tomados en cuenta por el personal médico para que sean detectados en forma temprana y así establecer el tratamiento oportuno para evitar complicaciones que pueden llevar al paciente geriátrico al suicidio, además en la actualidad es conveniente realizar medicina preventiva que curativa.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que:

-En ésta investigación se demuestra la existencia de sintomatología de tipo depresivo en alto porcentaje en el paciente geriátrico.

-La sintomatología depresiva que se presentó con más frecuencia en la población femenina y masculina fue la Depresión Media con 36 y 40% respectivamente, en segundo lugar la Reacción de Ansiedad con 27 y 37% y en menor porcentaje la Depresión Severa, siendo para la población femenina 17% y para la población masculina 5%. Corroborando que la población femenina es la más afectada que la población masculina.

-De acuerdo a las observaciones existe asociación entre los factores psicosociales y la presencia de sintomatología depresiva, para la Depresión Severa no hay asociación con los factores psicosociales, siendo su etiología básicamente biológica y predominante en el sexo femenino, datos que concuerdan con la literatura mundial.

Por lo antes mencionado es necesario tomar medidas de tipo profiláctico en el primer nivel de atención del paciente geriátrico y reforzar estrategias ya establecidas en el área de salud mental para lograr la integración del Adulto Mayor al núcleo familiar y a la comunidad.

Motivo por el cual se plantean las siguientes propuestas para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor.

1.-Implimentar cursos de capacitación, seminarios, y talleres al personal de salud para la detección oportuna de los Trastornos Depresivos en el paciente geriátrico.

2. -Fomentar en las diferentes Instituciones de enseñanza del país encargado de la formación de nuevos profesionales, la importancia de la atención al paciente Adulto Mayor.

3. Formar grupos multidisciplinarios con médicos, psicólogos, ingenieros, abogados, enfermeras, trabajo social, dietistas y personal administrativo, y todos aquellos que se relacionen y que tenga afinidad con el envejecimiento del ser humano.

4. Formar grupos de trabajo con la población derechohabiente para que conozcan los procesos del envejecimiento, la importancia de los Trastornos Depresivos y los factores que predisponen a esta patología y su repercusión en la familia.

5.-Difundir ampliamente a la población derechohabiente, información acerca de los trastornos del estado de ánimo, y que conozcan sus manifestaciones, efectos y repercusiones en el núcleo familiar.

6-Promover la salud mental en el anciano y difundir en forma intensiva a la población en general, utilizando los diferentes medios de comunicación, la existencia de los diversos trastornos del estado de ánimo en el adulto mayor.

BIBLIOGRAFIA

1. Alan Dover, G.E., P.H.M.T., **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**, OMS, 1991, USA, Pág. 18, 77, 142, 185 y 357.
2. Antonuccio, N.O., **Enfermedades Psicosomáticas en la vejez**. Rev. Geriatrika. Vol. 6 (9). 433. Pág. 31-35. España, 1990.
3. Arriola y Manchola E., **Depresión en el anciano, epidemiología y características a tener en cuenta**. Rev. Geriatrika; vol. 8 (5), 198-204 pág. 19-22. España, 1992.
4. Calderón Narváez Guillermo Dr. **Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento**; Ed. Trillas; (reimpresión). Pág. 13, 16, 73, 76, 205 y 207. México, 1990.
5. Calvo Zulaika, B. Y Gómez Castillo, D. **La enfermedad como modo de expresión en los ancianos/as: Apuntes de la teoría de la comunicación y la medicina psicosomática**. Rev. Geriatrika. Psicogeriatría. Vol. 6 (8) pág. 399. ESPAÑA 1990.
6. Cammer Leonardo; **Salgamos de la depresión**; Ed. Vergara. Buenos Aires, Argentina. 1985. Pág. 15, 31, 45, 75, 97, 105, 149 y 170.
7. CIE 10; **Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades**; Ed. MEDITOR.
8. **DSM-IV, Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders**. 4th Ed. Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994, pág. 323-399.
9. Fajardo Ortiz Guillermo. **Atención Médica, Teoría y Práctica Administrativa**; Editorial P.M.M., 1983, pág. 6, 15, 522-529.

10. Froom Jack, Hermon Doron; the inventory of diagnose depression (IDD) in primary care patients; Family practice; vol. 10 No. 3. Great Britain, 1993. Pág. 312-316.
11. Gary E. Ruoff, MD, Depression in the patient with chronic pain. The Journal of Family Practice. Vol. 43, No. 6 (Suppl). 1996. S-25-33.
12. González Felipe M.A. y Soler Szuker. Influencia del sexo y la edad adulta en la depresión del anciano. Geriatrika, Vol. 6 (10), pag. 500-506. España, 1992.
13. Guyton, Tratado de Fisiología Médica; Ed. Interamericana; Mc. Graw Hill; 8va. Ed. México. 1992. Pág. 696-698.
14. Herrero Velasco L; Sabanés F. Migrña. Trastornos depresivos en la práctica diaria; Hoechst Iberia; Barcelona, España; 1993. Pag. 13, 19, 31, 34, 111-119.
15. Jacques Postel; Quetel Claude. Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica. Pág. 11,13, 21 y 23. México. 1987.
16. Jeffrey N. De Wester; MD, Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression. The Journal Family Practice. Vol. 43. No. 6 (Suppl) 1996. Pág. 53-513.
17. Kavan Michael; Pace Terry Dr.; Barone Eugene. Detección de la depresión, el uso de cuestionarios para pacientes. Rev. Internacional de Medicina Familiar. Vol. 3 No. 2. Junio 1992. Pág. 84-89.
18. Lane RM. Pharmacoterapy of the depressed patient with cardiovascular and/or cerebrovascular illness. Review British Journal of Clinical Practice. September/October 1994. Vol. 48. No. 5. Pág. 256-262. USA.
19. Linares del río. Dr.; Jiménez Pérez, Montiel Trujillo; Síndromes demenciales en la consulta de Geriatria: estudio del motivo de

- consulta y tipos de demencia. *Rev. Geriátrica*, Vol. 8 (7)-312. Pags.28-32. España. 1992.
20. F. Foreman D.; Pirillas Fernández, Castañón Urbano; A. Fortes Figueroa y Granizo Zafrilla. Nueva perspectiva en el tratamiento del Síndrome Depresivo; Amitriptilina más ácido folínico; *Rev. Farmacología y Terapéutica*. Vol. 8 (3) 119; pág. 53-56. España, 1992.
 21. Mc Coy David m, MD. Treatment considerations for depression in patients with significant medical comorbidity. *The Journal of Family Practice*. Vol. 43, No. 6. (Suppl). 1996. Pag. 35-44
 22. Méndez Ramírez Ignacio. *El Protocolo de Investigación*. Ed. Trillas, México 1994, pág. 5, 85, 111 y 189.
 23. Mullan Eleanor; Philippa Katona; Penny D'Ath and Cornelius Katona. Sreening, detection and management depression in elderly care attenders. II. Detection and fitness for treatment: A case record study; *Rev. Family practice*; Vol. II No. 3. Oxford University Press. Great Britain. 1994. Pag. 267-270.
 24. Muñoz Pavón M.J.; Griera Borrás J.L., y Martínez Manzanares. Los trastornos del estado de ánimo en el anciano. *Rev. Geriatrika*, Vol. 8 (2) 84-89. Pág. 71-75. España. 1992.
 25. Penny D'Ath; Philippa Katona; Eleanor Mullan; Sreening, detection and management of depression in elderly primary care Attenders. I. The acceptability and performance of the 15 item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of short versions. *Family practice*; Oxford University; Great Britain. 1994. Pág. 260-266.
 26. Rojas Soriano Raúl. *Investigación Social, teoría y Praxis*. Plaza y Valdéz Editores; México, 1989. Pag. 53, 67, 73, 95, 119 y 144.
 27. PondC. Dimitry; Mant Andrea; Kehoe Linda; Hewitt Helen and Brodaty Henry. General Practitioner diagnosis of depression and demency un the elderly: Can academic detailing make a

- diference?. Family practice. Oxford University Press. Vol. 11 No. 2. Pag 141-147. Great Britain. 1994.
28. Russel J. Kuzel, MD. Treating comorbid depression and anxiety. The Journal of Family Practice. Vol. 43 no. 6. (Suppl). 1996. Pag 45-53.
 29. Scuteri A. Belluci C.R.; Cacciafesta M. Brioli; Margliano V. Late-life depression and cardiovascular mortality: The roll of malnutrition; Rev. Geriatrika, Vol. 8 (6), pags 53-57; España, 1992.
 30. Szuker Soler s. Y González Felipe M.A.; Psicoterapia en el anciano depresivo, principales aproximaciones teóricas y clínicas. I Generalidades: Teoria Psicoanalítica. Rev.Geriatrika; Vol. (3); pag. 57-63. España 1992.
 31. Van Marwijk; Ingrid Arnold; Jannette Bonema and Kaptei 31 Self-report depression scales for elderly patients in primary care: a preliminary study; Rev. Family Practice. Vol. 10 No. 1; pág. 63-65. Oxford University Press. Great Britain, 1993.
 32. Van Marwijk; Gertruida h. De Bock; Jantina de Jong; Adrián A. Kaptein; Jan D. Mulder; Management of depression in elderly general practice patients; Rev. Scand. J. Prim. HealthCare. Pág. 162. Great Britain, 1994.

ANEXOS

- 1.- CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS**
- 2.- ESTADO MENTAL BREVE MODIFICADO**
- 3.- CUESTIONARIO CLINICO: DIAGNOSTICO
DEL SINDROME DEPRESIVO DEL
DR. GUILLERMO CALDERON NARVAEZ:**
- 4.- CUESTIONARIO DE LOS FACTORES QUE
CONDICIONAN SINTOMATOLOGIA
DEPRESIVA EN EL ADULTO MAYOR.**

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre

Edad

Sexo

Fecha

Religión

Estado civil

Ocupación actual

Ocupación anterior

Cédula de afiliación

Lugar de residencia

Familiar o responsable

Fuente de información

Lugar y fecha de nacimiento

ESTADO MENTAL BREVE MODIFICADO

Nombre: _____ Fecha de Ev: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ Calif. Total: _____

Calif. Máxima	Calif. obtenida	(Asigne un punto por cada respuesta correcta)
------------------	--------------------	---

5	()	ORIENTACION PREGUNTAS: ¿Qué fecha es hoy? () ¿En qué año estamos?.....() ¿En qué mes estamos?.....() ¿Qué día del mes es hoy? () ¿Qué día de la semana es? () ¿Qué hora es aproximadamente? ()
---	-----	---

5		¿En dónde nos encontramos? () casa, hospital, consultorio, etc. ¿En qué lugar estamos? () ¿En que país? () ¿En qué estado? () ¿En qué ciudad o población? () ¿En qué colonia o municipio? ()
---	--	--

3		REGISTRO INSTRUCCIONES: Ponga mucha atención, le voy a decir una lista de palabras; FLOR; COCHE Y NARIZ; después decirle al paciente que repita las palabras. Calificar la ejecución en el primer intento si no es capaz de recordar las tres palabras decirle "nuevamente le diré la lista de 3 palabras", cuando termine repita todas las que recuerde.
---	--	--

Esto se repite hasta que el sujeto sea capaz de repetir las 3 palabras o bien hasta los 6 ensayos. Anotar el número de ensayos o de

ESTA TERCERA DEBE
 SER DE LA BIBLIOTECA

veces que se repitió la lista para que el sujeto la recordara.

FLOR ()

COCHE ()

NARIZ ()

No. De ensayos

1 - 6

Calif.
Máxima
5

Calif.
obtenida
()

(asigne un punto a cada respuesta correcta)

ATENCION Y CALCULO

Pedirle al sujeto que reste de 4 en 4 a partir del 40. Fijarse bien es contar para atrás Restando 4 cada vez. Ejemplo: $40-4=36$; $36-4=32$; continúe hasta que le diga que se detenga. Detenerlo después de 5 sustracciones (No proporcionarle ayuda)

28 ()

24 ()

20 ()

12 ()

3 ()

EVOCACION

Pedirle al sujeto que repita las 3 palabras que le dije anteriormente.

FLOR ()

COCHE ()

NARIZ ()

3 ()

LENGUAJE

NOMBRAR: mostrar al sujeto un reloj y preguntar ¿cómo se llama este objeto?

Repetir lo mismo con una pluma.

RELOJ ()

PLUMA ()

1 ()

REPETICION

Decirle al sujeto: le voy a decir una oración y repítala después de mí (diga lenta y claramente) No voy si tú no llegas temprano. (sólo un ensayo)

3	()	<p>COMPRESION Colocar una hoja de papel sobre el escritorio y Pedirle al sujeto; "tome la hoja de papel con su mano derecha, después dóblela y tírela al piso. (dar un punto por cada paso correctamente ejecutado). Tome la hoja de papel () Dóblela () Tírela al piso ()</p>
<p>Calif. máxima 1</p>	<p>Calif. obtenida ()</p>	<p>(asigne un punto por cada respuesta) LECTURA: Muestre al sujeto la instrucción escrita: "Cierre los ojos", incluida en éste paquete (previamente doble la hoja sobre la Línea punteada y muestre sólo el letrero). Pida al sujeto: Por favor haga lo que dice aquí. () CIERRE SUS OJOS</p>
1	()	<p>ESCRITURA: Presente al sujeto al reverso de la hoja, en la que se encuentra la instrucción escrita. Pídale: escriba un pensamiento que sea una oración con sentido. Que tenga sujeto y verbo (no proporcione ayuda).</p>
1	()	<p>COPIA DEL MODELO: Muestre al sujeto el modelo de los pentágonos cruzados, (incluidos al reverso de la misma hoja). Pida al sujeto: copie por favor, este dibujo en el espacio en blanco de esta misma hoja. Debe haber 10 ángulos, y 10 interceptados.</p>
<p>TOTAL _____</p>	<p>(No tome en cuenta temblor ni rotación) ()</p>	

CUESTIONARIO CLINICO DIAGNOSTICO DEL SINDROME DEPRESIVO

Dr. Guillermo Calderón Narváez.

Nombre: _____ Fecha: _____
 Sexo _____ Edad _____ Edo. Civil _____ Tel: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____

NO SI
poco regular mucho

1. - ¿Se siente triste o afligido?
2. - ¿ Lloro o tiene ganas de llorar?
3. - ¿ Duerme mal de noche?
4. - ¿ En la mañana se siente peor?
5. - ¿ Le cuesta trabajo concentrarse?
6. - ¿ Le ha disminuido el apetito?
7. - ¿ Se siente obsesivo o repetitivo?
8. - ¿ Ha disminuido su interés sexual?
9. - ¿ Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?
10. - ¿ Siente palpitaciones o presión en el pecho?
11. - ¿ Se siente nervioso, angustiado o ansioso?
12. - ¿Se siente cansado o decaído?
13. - ¿ Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?
- 14.- ¿ Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?
- 15.- ¿ Está más irritable o enojón que antes?
- 16.- ¿ Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?
- 17.- ¿ Siente que le es menos útil a su familia?
- 18.- ¿ Siente miedo de algunas cosas?
- 19.- ¿ Ha sentido deseos de morir?
- 20.- ¿ Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le son indiferentes?

CALIFICACION: Se obtuvo de multiplicar el número de respuesta por el factor anotado en cada columna.

Primera columna: (NO) _____ X1 = _____
 Segunda columna: (POCO) _____ X2 = _____
 Tercera columna:.....(REGULAR) _____ X3 = _____
 Cuarta columna: (MUCHO) _____ X4 = _____

EQUIVALENTE AL PUNTAJE OBTENIDO:

20 - 30 Normal
 31 - 45 Reacción de ansiedad
 46 - 65 Depresión media
 66 - 80 Depresión severa

CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA APARICION DE SINTOMATOLOGIA DE TIPO DEPRESIVO EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR

INSTRUCCIONES: Por favor, seleccione únicamente una respuesta; en caso de que sean más de dos factores, ordénelos por número progresivo, (1, 2, 3, 4, 5, etc.)

¿QUE FACTOR CONSIDERA QUE ES EL CAUSANTE DE SU TRISTEZA?.

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. _____ Económico | 6. _____ Sexo |
| 2. _____ Familiar | 7. _____ Su edad |
| 3. _____ Falta de trabajo | 8. _____ Muerte de un familiar |
| 4. _____ Rechazo de su familia | 9. _____ Otra causa (menciona) |
| 5. _____ Enfermedad | 10. _____ Lo ignora |