



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA
CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

CARLOS JARDINES MARTELL

DIRECTOR: C.D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the director, Rolando de Jesús Buneder.

MÉXICO, D. F.

2005

m 343471

GRACIAS

A mis padres:

Carlos Jardines Jaime.
Por tu estímulo pude lograr una
de mis metas.

Ma. Esther Martell Palma
Gracias por enseñarme lo
que es el amor.

A mi hermana:

Erika
Por ser tú misma.

A mi tío:

Uriel
Por sus grandes valores.

A mi abuelita:

Tona
Por consentirme.

Mi novia:

Maribel
Por que siempre esta donde la
necesitas.

A todos los que hicieron
que esto fuera posible.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
1.0 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.0 JUSTIFICACIÓN	9
4.0 OBJETIVOS	9
4.1 Objetivos Generales	9
4.2 Objetivos particulares	10
5.0 MATERIAL Y MÉTODOS	10
6.0 DEPRESIÓN	11
6.1 Definición de depresión	12
6.2 Clasificación de depresión	12
6.3 Tipos de depresión	15
6.4 Depresión primaria y secundaria	16
6.5 Manifestaciones de la depresión	17
6.6 Signos y síntomas	19
6.7 Evolución de la Depresión	22
6.8 Factores predisponentes	23
6.8.1 Antecedentes heredofamiliares	23
6.9 Factores de riesgo	24
6.9.1 Alcoholismo	24
6.9.2 Aislamiento y soledad	25
6.9.3 Enfermedades físicas	25
6.9.4 Trastornos psiquiátricos	25
6.9.5 Duelo	25
6.9.6 Suicidio	26
6.10 Prevalencia	26
6.11 Diagnóstico	27
6.11.1 Diagnóstico diferencial	29

6.12 Tratamiento	30
6.12.1 Farmacológico	31
6.12.2 Psicológico	32
6.12.3 Bucal	32
6.12.4 Terapia Electro Convulsiva (TEC)	33
6.12.5 Terapia cognitiva	34
6.12.6 Terapia interpersonal	34
7.0. IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL EN RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN	34
8.0. OBSERVACIONES Y RESULTADOS	35
9.0 DISCUSIÓN	37
10.0 CONCLUSIONES	38
11.0 BIBLIOGRAFÍA	41
12.0 ANEXOS	43
12.1 Anexo 1 Escala de Depresión Geriátrica	43
12.2 Anexo 2 Escala de salud bucal relacionada con depresión	45
12.3 Anexo 3 Glosario	47

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno más frecuente en el adulto mayor que afecta la percepción de salud y calidad de vida, el cual está incrementando su incidencia debido al envejecimiento de la población. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1994, definir a la calidad de vida como la “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.(1)

Algunas personas que se encuentran deprimidas son muy agresivas y piensan que su vida no tiene sentido, generalmente reflejan su agresividad con la gente que los rodea, otra forma de manifestar su inconformidad es dejando de alimentarse y de llevar a cabo su aseo personal, ésto juega un papel esencial en el bienestar general y en la calidad de vida, lamentablemente, aún cuando ellos reconocen la importancia de concentrar la atención en las necesidades bucales se puede observar una pobre higiene.

En México se piensa que la vejez es una etapa en que las personas dejan de ser importantes y útiles para el medio que los rodea, por esta razón, este ciclo de vida muchas veces se percibe como un trastorno o enfermedad, sin tomar en cuenta que el ser anciano no siempre representa lo ya mencionado, sino que se puede tener un ritmo de vida adecuado, aceptando la etapa en la que se encuentra, pues a lo largo de su vida ha acumulado muchas experiencias las cuales pueden servir de apoyo para las personas que conviven con ellos. Por su importancia psicosocial, consecuencias físicas y económicas, decidí realizar un estudio para identificar la frecuencia en la que el adulto mayor está expuesto a presentar este trastorno por medio de la escala de depresión geriátrica de Yasavage y Brink, así como, una realizada particularmente para verificar si algún problema bucal puede desencadenar depresión.

1.0 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las manifestaciones conductuales de lo que hoy en día llamamos depresión han sido observadas y descritas desde tiempos muy remotos. A lo largo de la historia se han propuesto muchas y variadas explicaciones sobre la etiología de estos comportamientos.

Por lo que se refiere a la Biblia, en el libro de Job se describen la mayor parte de los síntomas depresivos clásicos. Entre ellos se incluyen las manifestaciones de insomnio, la falta de autoestima y la disminución del impulso sexual.

Aristóteles (384-211 a. C.) traza una imagen negativa de la vejez, porque esta última etapa de la vida equivale al deterioro y rutina. La considera enfermedad.

Las teorías Hipocráticas sobre los humores corporales persistieron durante un periodo de tiempo notablemente prolongado.

Celio Aureliano (Siglo V) afirmó que la melancolía “es más frecuente en los varones, especialmente en los de mediana edad; difícilmente se presenta en las mujeres, y también es infrecuente en otras épocas de la vida.” Celio también cita a Sorano, un médico de Efeso que habría ejercido en Roma durante los tiempos de Trajano y Adriano, éste creía que “el trastorno de los sentidos y la depresión son anomalías características de la edad avanzada”.

Mackay, (1841.) aseveró que bastaba que las mujeres fueran ancianas, pobres y malhumoradas, para tener una muerte segura en la hoguera o el cadalso; aunque el castigo de la brujería procediera originalmente de la pena de muerte promulgada por Carlo Magno, éste alcanzó su mayor apogeo en el siglo XV.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Galeno (siglo II) pensaba que la melancolía era inherente a la vejez y que resultaba más frecuente entre los ancianos (Jackson, 1969.)

En la literatura antigua, se consideraba que la depresión era causada por influencias externas, en especial de los dioses; incluso pueden encontrarse representaciones de personas deprimidas.(2)

Orígenes basa su teoría sobre la depresión en el pecado de Judas Iscariote. Judas podría haber sido perdonado, pero el demonio lo desvió de la depresión racional, generadora de penitencia, hacia una forma que lo condujo a la muerte (Altschule, 1976.) La depresión irracional y los comportamientos extraños serían obra del diablo.

Willmuth, (1979) afirmó que las personas mayores, especialmente las mujeres con psicosis depresivas, fueron acusadas muchas veces de brujería y condenadas a la hoguera.

Los ancianos que padecen síntomas depresivos psicóticos y paranoides con frecuencia experimentan alucinaciones sobre la posesión de sus cuerpos por fuerzas extrañas.

Los conceptos psicodinámicos sobre la etiología de la depresión aparecen por primera vez en la obra de Robert Burton *The anatomy of melancholy* (1652/ 1861.) Según sus palabras, las personas que han llevado una vida activa, con cargos importantes, muchos negocios, capacidad de mando y numerosos individuos a su servicio y que dejan todo de forma súbita, son vencidas por la melancolía en un instante.

Durante el siglo XIX, los nuevos conceptos sobre la enfermedad mental hicieron que los médicos considerasen prácticamente inseparables la enfermedad

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

senil y la demencia. Las pasiones fuertes de amor, excitación, envidia y ambición serían las causas que precipitarían la melancolía; ésta constituye el primer estadio de toda enajenación mental y la enajenación crónica degenera en la demencia.(3)

Sigmund Freud (1917/1950) desarrolló la teoría psicodinámica de la depresión. Su explicación de los síntomas melancólicos es similar a la ya propuesta por Burton. Postuló que la depresión representaba la introyección de la hostilidad causada por la pérdida de personas amadas de un modo ambivalente y es resultado de la fijación oral provocada por problemas en la relación madre hijo. La teoría ego-psicológica de la depresión contempla la depresión como el resultado de que una persona advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba, sintiéndose fracasado se deprime. (4)

Adolph Meyer decía que la depresión era el resultado de experiencias vitales y constituía un tipo de reacción frente a ellas que protegía al individuo. Los ancianos deprimidos respondían a determinadas tensiones sociales, psicológicas y biológicas y por tanto, la depresión representaba una forma de adaptación.

Becker (1964) expone el concepto existencial: la depresión es el estado que resulta de experimentar que el mundo carece de significado. (5)

Adams (1970), dirigiéndose a una audiencia Cristiana conservadora, considera la depresión como el resultado natural del pecado o la desobediencia a la voluntad divina. La confesión de este pecado mejoraría el trastorno.

Bart (1974) sugiere que la depresión constituye el resultado de una estructura social que priva a los individuos de ejercer ciertas funciones y del control sobre su destino.(3)

Podremos encontrar a lo largo de la historia, diversos conceptos y definiciones de depresión, sin embargo, el problema no es que exista, sino que no ha dejado de crecer la cantidad de personas adultas mayores que presentan esta enfermedad.

2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento de la frecuencia de depresión en los pacientes adultos mayores que acuden a la Facultad de Odontología, nos crea la necesidad de efectuar un estudio basado en la escala de depresión geriátrica de J. Yasavage, T. Brink et al., así como una realizada particularmente para verificar si algún problema bucal puede desencadenar depresión.

3.0 JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento y la frecuencia en la que se presentan pacientes adultos mayores con depresión en la Facultad de Odontología de la UNAM, crea la necesidad de tener un conocimiento más profundo de este trastorno, así como la necesidad de seleccionar el tratamiento más adecuado, mejorando la calidad de vida de los mismos.

4.0 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Comprobar que las enfermedades bucales, repercuten en los estados emocionales de los adultos mayores.

Podremos encontrar a lo largo de la historia, diversos conceptos y definiciones de depresión, sin embargo, el problema no es que exista, sino que no ha dejado de crecer la cantidad de personas adultas mayores que presentan esta enfermedad.

2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento de la frecuencia de depresión en los pacientes adultos mayores que acuden a la Facultad de Odontología, nos crea la necesidad de efectuar un estudio basado en la escala de depresión geriátrica de J. Yasavage, T. Brink et al., así como una realizada particularmente para verificar si algún problema bucal puede desencadenar depresión.

3.0 JUSTIFICACIÓN

El desconocimiento y la frecuencia en la que se presentan pacientes adultos mayores con depresión en la Facultad de Odontología de la UNAM, crea la necesidad de tener un conocimiento más profundo de este trastorno, así como la necesidad de seleccionar el tratamiento más adecuado, mejorando la calidad de vida de los mismos.

4.0 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Comprobar que las enfermedades bucales, repercuten en los estados emocionales de los adultos mayores.

4.2 Objetivo particular

Evaluar que los tratamientos mal elaborados son factor de riesgo o provocan estados emocionales disminuidos en el paciente.

Realizar una encuesta a 100 pacientes mayores de 60 años que acuden a la Facultad de Odontología de la UNAM para saber cuantos de ellos se encuentran deprimidos como consecuencia de una inadecuada salud bucal.

Hacer una prueba piloto de al menos 30 pacientes para saber si entienden las preguntas.

5.0 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio que se realizó, en una muestra de 100 pacientes mayores de 60 años que acudieron a la Facultad de Odontología de la UNAM, a los cuales se les aplicó, un cuestionario de la escala de depresión geriátrica la cual fue elaborada por J. Yasavage, T. Brink et all., el grupo estuvo formado en su mayoría por mujeres (55) y hombres (45). La escala es para evaluar síntomas depresivos y está diseñada para adultos mayores. Está compuesta de 30 reactivos que tienen un formato de preguntas cortas, con respuestas dicotómicas, también se realizó un cuestionario elaborado particularmente para saber si algún problema bucal desencadena depresión, éste instrumento fue propuesto por mi persona, con la ayuda del C.D. Buneder R., para la población adulta de la Facultad de Odontología de la UNAM, y consta de 15 reactivos dicotómicos relacionados con su estado de salud bucal, uso de prótesis, influencia de los dientes en el aspecto psicológico y social, así como, el ingreso económico mensual.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, pensionados, económicamente activos, con dependientes o sin dependientes, viven solos o en núcleo familiar, viudos, pasatiempos, diversiones o entretenimiento, salud bucal, capacidad de

4.2 Objetivo particular

Evaluar que los tratamientos mal elaborados son factor de riesgo o provocan estados emocionales disminuidos en el paciente.

Realizar una encuesta a 100 pacientes mayores de 60 años que acuden a la Facultad de Odontología de la UNAM para saber cuantos de ellos se encuentran deprimidos como consecuencia de una inadecuada salud bucal.

Hacer una prueba piloto de al menos 30 pacientes para saber si entienden las preguntas.

5.0 MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio que se realizó, en una muestra de 100 pacientes mayores de 60 años que acudieron a la Facultad de Odontología de la UNAM, a los cuales se les aplicó, un cuestionario de la escala de depresión geriátrica la cual fue elaborada por J. Yasavage, T. Brink et al., el grupo estuvo formado en su mayoría por mujeres (55) y hombres (45). La escala es para evaluar síntomas depresivos y está diseñada para adultos mayores. Está compuesta de 30 reactivos que tienen un formato de preguntas cortas, con respuestas dicotómicas, también se realizó un cuestionario elaborado particularmente para saber si algún problema bucal desencadena depresión, éste instrumento fue propuesto por mi persona, con la ayuda del C.D. Buneder R., para la población adulta de la Facultad de Odontología de la UNAM, y consta de 15 reactivos dicotómicos relacionados con su estado de salud bucal, uso de prótesis, influencia de los dientes en el aspecto psicológico y social, así como, el ingreso económico mensual.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, pensionados, económicamente activos, con dependientes o sin dependientes, viven solos o en núcleo familiar, viudos, pasatiempos, diversiones o entretenimiento, salud bucal, capacidad de

masticar alimentos duros, con o sin prótesis, tristeza, mal aliento, pena al reírse y no poder hablar bien.

6.0 DEPRESIÓN

“Estoy envejeciendo. No puedo hacer nada para evitarlo.” “Estoy solo en la vida.” “No sé qué día es hoy, porque para mí todos los días son iguales”. “No me gusta la vida. Algunas personas siempre saben hacer lo que les conviene, a mí todo me sale mal”. Tales frases son frecuentes entre los ancianos. (3) De hecho, estas expresiones depresivas, desesperanzadas e incapacitantes se consideran a veces inherentes al proceso de envejecimiento.

Envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse. A pesar de todo, quien observa con seriedad a los ancianos sabe que algunos de ellos, se encuentran bastante satisfechos y solo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad.(6)

La característica esencial de la depresión es un humor deprimido, con pérdida de interés y placer en relación de las actividades y pasatiempos habituales.

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en los adultos de edad avanzada.(7)

Los síntomas depresivos están acentuados en los adultos mayores, pero el médico ha de tener en cuenta, que la enfermedad depresiva es distinta de las fluctuaciones diarias normales en el estado de ánimo y que la depresión es tratable.

masticar alimentos duros, con o sin prótesis, tristeza, mal aliento, pena al reírse y no poder hablar bien.

6.0 DEPRESIÓN

“Estoy envejeciendo. No puedo hacer nada para evitarlo.” “Estoy solo en la vida.” “No sé qué día es hoy, porque para mí todos los días son iguales”. “No me gusta la vida. Algunas personas siempre saben hacer lo que les conviene, a mí todo me sale mal”. Tales frases son frecuentes entre los ancianos. (3) De hecho, estas expresiones depresivas, desesperanzadas e incapacitantes se consideran a veces inherentes al proceso de envejecimiento.

Envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse. A pesar de todo, quien observa con seriedad a los ancianos sabe que algunos de ellos, se encuentran bastante satisfechos y solo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad.(6)

La característica esencial de la depresión es un humor deprimido, con pérdida de interés y placer en relación de las actividades y pasatiempos habituales.

Los trastornos depresivos constituyen uno de los problemas psiquiátricos más frecuentes en los adultos de edad avanzada.(7)

Los síntomas depresivos están acentuados en los adultos mayores, pero el médico ha de tener en cuenta, que la enfermedad depresiva es distinta de las fluctuaciones diarias normales en el estado de ánimo y que la depresión es tratable.

6.1 Definición de depresión

Estado de ánimo que comporta una disminución del tono psíquico y de la actividad física y mental, que va acompañado de tristeza. (8)

La OMS define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. (9)

La presencia de ésta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; en relación 3:1 con respecto al hombre, a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones. La depresión oscila desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida. La depresión es multifactorial, el pensamiento actual menciona la contribución del estrés provocado por los acontecimientos adversos en la vida moderna. De la misma manera los sucesos que culminan con la pérdida de una persona importante. (10)

6.2. Clasificación de depresión

En la actualidad se considera a la depresión como parte del grupo de los trastornos afectivos, de acuerdo con lo especificado en los dos sistemas de clasificación más utilizados: la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su capítulo 10, correspondiente a las enfermedades mentales de la OMS (ICD-10) y la de la Asociación Psiquiátrica Americana, que es el Manual de Diagnóstico y Estadística en su cuarta versión (DSM-IV). (11)

Clasificación de los trastornos afectivos de la Asociación Americana de Psiquiatría

Trastorno bipolar

- Con manifestaciones depresivas
- Con manifestaciones maníacas
- Con manifestaciones mixtas
- Ciclotimia
- Trastorno bipolar, no especificado en otra parte

Trastorno depresivo (unipolar)

- Depresión mayor
- De tipo melancólico
- Con elementos psicóticos
- Distimia
- Trastorno afectivo orgánico (12)

El criterio para diagnosticar un episodio depresivo mayor unipolar o un trastorno depresivo bipolar es idéntico, sólo que el último debe haber tenido previamente un episodio maniaco. Esto es importante, ya que tiene diferentes implicaciones terapéuticas, pronósticas y de evolución. El trastorno bipolar se sub-tipifica de acuerdo con las manifestaciones prevalecientes en el momento de hacer el diagnóstico, en maniaco (cuando los síntomas son de manía), depresivo (cuando los síntomas son depresivos) y mixto (cuando hay una combinación de ambas manifestaciones). La condición ciclotímica se caracteriza por las fluctuaciones entre los estados depresivos y maníacos de moderada intensidad. El trastorno bipolar no especificado en otra parte, corresponde a las condiciones típicas del trastorno pero que no reúnen totalmente los síntomas necesarios para dar este diagnóstico. Éstos toman formas diferentes, oscilan en cuanto a gravedad desde una manía relativamente leve (fase alegre del trastorno) o depresión (la fase triste). El diagnóstico de un

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

episodio de depresión mayor, así como el del trastorno bipolar, requiere que los síntomas hayan prevalecido por lo menos durante dos semanas consecutivas. (11)

Cuando los síntomas depresivos tienen una duración prolongada, se da el diagnóstico de distimia, que es una categoría diferente a la de la depresión; tienen menor severidad sintomática pero su duración debe haber sido continua o casi continua durante por lo menos dos años. Debido a su expresión moderada, es frecuente que estos cuadros sean atendidos por los médicos generales, pero puede confundirse con otras enfermedades, por esta razón, no les dan el diagnóstico ni el tratamiento adecuados. La distimia se considera un trastorno afectivo crónico, con un estado de humor deprimido que persiste durante la mayor parte del tiempo. Suele iniciarse durante la infancia, en la adolescencia o en la edad adulta temprana. Sus principales síntomas son: 1) ánimo depresivo; 2) disminución del apetito; 3) insomnio o hipersomnias; 4) fatiga o pérdida de la energía; 5) disminución de la autoestima; 6) falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, y 7) sentimientos de desesperanza. El parecido entre la distimia y la depresión mayor, en ocasiones dificulta dar el diagnóstico apropiado, sobre todo en los niños y los adolescentes. Los síntomas pueden estar relacionados con los de la depresión mayor, pero en la distimia no se presentan ideas delirantes ni alucinaciones. En los niños es frecuente que el estado de ánimo abatido se exprese con irritabilidad. (11)

La depresión "melancólica" (también conocida como depresión endógena) se caracteriza por la persistencia de, por lo menos, cinco síntomas. Los síntomas principales son las alteraciones del estado de ánimo, del pensamiento y de la conducta estén o no relacionados con diferentes síntomas somáticos. El diagnóstico del paciente con un episodio depresivo mayor debe ser distinto del que tenía antes. El ánimo depresivo o la pérdida de interés en las actividades placenteras son síntomas indispensables para llenar los requisitos del subtipo melancólico. (13)

6.3. Tipos de depresión

Kraepelin subdividió la enfermedad depresiva en endógena (explicaba básicamente los factores genéticos y constitucionales) también conocida como depresión melancólica, y exógena (debida sobre todo a factores externos, como los tóxicos, bacterianos o químicos).

De acuerdo a la intensidad de los síntomas los episodios depresivos pueden ser: leve, moderado y severo. (14)

La depresión leve es de buen pronóstico, dura poco (menos de dos meses), se auto limita y genera problemas orgánicos, psicológicos, familiares y sociales escasos y tolerables, rara vez necesita una atención médica y basta el apoyo y consejo de familiares y amigos para que el paciente supere sus problemas y resuelva la depresión.

La moderada puede ser la más nociva. Los síntomas son larvados y su instalación es progresiva, el malestar puede ser intenso, pero el paciente conserva su funcionalidad social, familiar y laboral.

La severa, no forzosamente es de larga duración pues sus síntomas son muy notorios o hasta espectaculares como son: un intento suicida, el o la paciente no dejan de llorar, no se levantan de la cama, no duermen o duermen en exceso, se inquietan y presentan estados de ansiedad y agitación.

La depresión se comprende mejor si se le considera como un grupo de trastornos de severidad variable, muchos ancianos sufren inquietud o malestar crónico y persistente. (14)

6.4. Depresión primaria y secundaria

En muchas ocasiones un padecimiento físico o crónico puede llevar a una enfermedad depresiva secundaria que puede resolverse al mejorar la afección primaria, pero otras veces es necesario someterse a un tratamiento antidepressivo.

La depresión es primaria cuando no se sobrepone a otra enfermedad física o mental. La prevalencia de un trastorno decisivo, secundario a cualquier enfermedad física, es todavía poco conocida. Algunos autores señalan que, por lo menos, 25% de los pacientes internados en un hospital general tienen síntomas depresivos clínicamente importantes.

En un buen número de enfermedades físicas, el paciente se deprime. Por ejemplo: en las infecciosas (hepatitis, influenza, salmonelosis, mononucleosis, etc.), en las endocrinas (hipotiroidismo, enfermedad de Cushing, hipoparatiroidismo, etc.), en las metabólicas (hiponatremia, hipokalemia, uremia, etc.), en las anemias (por deficiencia de hierro, vitamina B12, folato, etc.), en las neurológicas (demencia senil, epilepsia, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, crisis parciales complejas, etc.), en las hepáticas (cirrosis hepática, pancreatitis, etc.), en las malignas (cáncer pulmonar o pancreático, tumor cerebral, etc.) y en otras muchas.

En ocasiones, el paciente con una afección física asociada con depresión secundaria, expresa múltiples quejas somáticas que no tienen relación directa con la enfermedad física que padece. La alteración del sueño y la fatiga subjetiva pueden formar parte de un cuadro depresivo asociado con su enfermedad. Hay múltiples fármacos que también pueden inducir síntomas depresivos en los sujetos susceptibles. Entre ellos pueden mencionarse los corticosteroides, los cardiotónicos, los anticonvulsivantes, los antiparkinsonícos, los antibióticos y los antihipertensivos. Muchas veces con el solo hecho de disminuir la dosis o suspender el medicamento pueden aminorar los síntomas depresivos. (11)

6.5. Manifestaciones de la depresión

En virtud de que la enfermedad depresiva se asocia con molestias físicas, puede no ser identificada e incluso considerarse en algunas de sus manifestaciones como normal; tal acontece en los cambios de humor y en actitudes hostiles, o bien en la confusión mental que puede presentarse en algunos cambios febriles.

Las formas mas comunes de depresión son; endógena o psicótica, siguiéndole en orden decreciente la depresión neurótica, la atípica, la que se presenta sin estado demencial, la acompañada de confusión mental, la asociada con enfermedad física, la reactiva y la de origen orgánico.

Las manifestaciones de las enfermedades mentales suelen atribuirse a la vejez; las fallas de la memoria y de la ideación, así como la tendencia suicida, se encuentran en la mayor parte de las depresiones, todo ello hace poco claro el diagnóstico. El nihilismo, se define como el estado de ánimo en el cual la vida carece de sentido, el individuo no encuentra nada valioso dentro de sí y busca la desaparición de su persona a la que no concede ningún propósito. La depresión atípica, con posible asociación de ideas nihilistas, es un estado paranoide con delirio de negación, trastornos sensoriales y tendencia al suicidio. (13)

1. Endógena o psicótica.

- Perfil común de retardo.
- Ideas hipocondríacas.
- El paciente despierta muy temprano.
- Acentuación de síntomas por la mañana.

2. Neurótica.

- Trastornos emocionales no profundos.

- Reacción emotiva ante enfermedades físicas, problemas sociales o penas cotidianas.

3. Atípica.

- Tipo involutivo.
- Ideas extravagantes.
- Autodevaluación.
- Ideas de culpa.
- Agitación o retardo de la actividad psicomotriz.
- Posible asociación con ideas nihilistas.
- Cuadros menos graves: apatía, indiferencia, aislamiento, autodesprecio, pasividad, laconismo, pobre respuesta emocional que suele atribuirse a la vejez.

4. Sin estado demencial.

- Se confunde con estado demencial progresivo cuando el paciente presenta retardo psicomotor, déficit de memoria y trastornos cognoscitivos de marcado deterioro mental.

5. Con confusión mental.

- Fase corta de confusión.
- Alto riesgo de suicidio.
- Diagnóstico frecuente de caso cerebrovascular.
- Desnutrición como factor contributivo.

6. Depresión y enfermedad física.

- Mezcla de depresión, ansiedad, comportamiento demandante de atención.
- Abundantes quejas de molestias físicas.
- Crónica e invalidante.
- Trastorno emocional remitente.

7. Reactiva.

- Fuertes cargas neuróticas en la personalidad.
- Depresión de intensidad variable.
- Asociación frecuente con ansiedad, irritabilidad e insomnio.

8. Orgánica.

- Depresión en el curso de procesos patológicos, como cerebral degenerativo, enfermedades metabólicas avanzadas, anemia perniciosa.
- Síntomas fluctuantes.
- Confusión mental.
- Déficit de memoria.
- Inestabilidad del humor.
- Conducta suicida. (13)

6.6. Signos y síntomas

Los síntomas de los trastornos psiquiátricos consisten en cambios de funcionamiento físico, psicológico o social, comunicados de forma subjetiva por el paciente, por otra parte, los signos, son indicios objetivos de la enfermedad o mala adaptación. Los signos y síntomas de la depresión senil consisten no solo en las manifestaciones y evidencias observables, sino también en los trastornos de la interacción de este individuo con el medio ambiente. Estos síntomas y signos centrales incluyen la tristeza, el humor decaído, el pesimismo sobre el futuro, la autocrítica y la auto acusación, el retardo o la agitación, la lentitud de pensamiento y la dificultad para concentrarse; también existen una serie de signos “vegetativos”, como los trastornos de apetito y del sueño.(2)

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

El motivo por el cuál, el anciano deprimido acude a la consulta no suele sugerir directamente depresión. Puede guardar relación con enfermedades físicas, dificultades en las relaciones familiares y sociales, insatisfacción por las circunstancias económicas, etc., sin embargo, un interrogatorio hábil suele descubrir en general, un grupo de síntomas centrales.

La pérdida de interés por el medio social es característica en los trastornos depresivos seniles.

La pérdida de interés para realizar las actividades cotidianas. La pérdida del interés para realizar las actividades que solían ser disfrutadas o las que se asociaban con un cierto grado de felicidad y placer. Este fenómeno también es conocido con el término de anhedonia.

Ánimo deprimido. La persona se siente triste, poco útil y sin esperanza, y puede tener episodios frecuentes de "llanto fácil". En un grupo de personas, el ánimo puede ser predominantemente irritable.

Además, para que un médico u otro profesional de la salud pueda establecer el diagnóstico de depresión, es necesario que la mayoría de los siguientes signos y síntomas estén presentes durante la mayor parte del día, de manera cotidiana y durante las últimas dos semanas:

- Alteraciones en el sueño. El dormir demasiado o el tener problemas para conciliar el sueño, pueden ser signos de depresión. Las personas con depresión suelen despertar y realizar caminatas durante la noche o en la madrugada, teniendo problemas para conciliar el sueño nuevamente.

- Dificultades para concentrarse o pensar. Las personas con depresión suelen tener problemas para concentrarse, para tomar decisiones y usualmente también tienen alteraciones con su capacidad de memoria.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

- Pérdida o ganancia significativas de peso. Una reducción o un incremento en el apetito, así como una pérdida o una ganancia inexplicable de más del 5% del peso corporal, pueden ser datos que indiquen la presencia de depresión.

- Agitación o movimientos corporales lentos. La persona con depresión puede parecer inquieta, agitada e irritable, o bien puede parecer que realiza sus movimientos con "lentitud" y responde preguntas con un tono de voz monótono y lento.

- Fatiga. La persona siente debilidad y falta de energía casi todos los días. La sensación de cansancio suele ser tan severa durante la mañana como durante la noche o el día anterior.

- Baja autoestima. La persona tiene sentimientos de culpa excesiva y de poca valía.

- Pérdida de interés en las actividades sexuales. Las personas que tenían una vida sexual activa antes de la aparición de la depresión, suelen notar una reducción dramática en el nivel de interés por tener relaciones sexuales.

- Pensamientos suicidas. Las personas con depresión suelen tener una imagen negativa persistente de sí mismos, así como de su situación y de su futuro. Los pensamientos de muerte y suicidio son frecuentes.

La depresión también puede causar una gran variedad de problemas físicos, como por ejemplo, prurito generalizado, visión borrosa, sudoración excesiva, boca seca, dolor de cabeza, dolor de espalda y problemas digestivos (estreñimiento, diarrea, indigestión, etc.). (15) El estreñimiento es un signo frecuente, que muchas veces conduce al hallazgo de una masa abdominal. Los ancianos deprimidos suelen requerir enemas y a veces la extracción manual de las heces impactadas. (11)

Los niños, adolescentes y personas de edad avanzada, pueden reaccionar de manera diferente a la depresión. En estos grupos de edad, los síntomas pueden tomar una forma diferente o bien ser enmascarados por otras condiciones.⁽¹⁵⁾

6.7 Evolución de la depresión

Antes de que se desarrolle el episodio por completo puede haber un periodo prodrómico con síntomas leves de ansiedad de depresión, que pueden durar semanas o meses. La duración total de los episodios también es variable. Lo habitual, es que si no se tratan, duren de seis meses a un año, independientemente de la edad que haya tenido el paciente cuando éste empezó.

Muchos de los trastornos depresivos tienden a recidivar o persistir y cambian la vida del paciente a lo largo del tiempo. En consecuencia, es de especial importancia la predicción de la evolución o pronóstico del trastorno. Uno de los aciertos del clínico al evaluar la enfermedad, consiste en predecir con exactitud su evolución. Tal pronóstico permite al paciente y sus familiares hacer planes y adaptarse a la situación. La predicción de la evolución ofrece beneficios adicionales al clínico. (11)

La depresión no es una enfermedad uniforme, sino que incluye varios subtipos diferentes, cada uno de ellos con evolución distinta. Algunos parámetros de la evolución, de particular interés para el clínico incluyen la persistencia, la remisión y la recidiva de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo.

Las personas de edad avanzada que sufren de depresión frecuentemente se ven también influidas por el medio ambiente físico y social, cuando el anciano depresivo carece de familia y amigos, la disminución de la actividad y la pérdida de interés pueden conducirlo a cambios en los comportamientos relacionados con la salud, por ejemplo, en la ingesta de alimentos, influye significativamente sobre la evolución. Si

tiene familiares, éstos pueden animarle para que mantenga una dieta adecuada. Así pues, la evolución de cada episodio depresivo en fases avanzadas de la vida depende, en gran parte, de la interacción del paciente en su entorno.

6.8 Factores predisponentes

Existen factores predisponentes como las fracturas, las pérdidas de autoestima, autonomía, belleza, mutilaciones, dolor crónico, cáncer y enfermedades crónicas en estado terminal, pérdida de roles personales, sociales y económicos. En los ancianos, los fármacos predisponen a la depresión como la digoxina, benzodiazepinas, sulfunilureas, esteroides, antihipertensivos, antipsicóticos, etc. (3)

6.8.1 Antecedentes heredo familiares

Los estudios efectuados en los familiares de los pacientes que han tenido una alta incidencia de trastornos depresivos, han llevado a los científicos a concluir que hay una gran predisposición para ciertos subtipos de la enfermedad, sobre todo en pacientes con episodios recurrentes.

La prevalencia en los familiares de los sujetos deprimidos es de dos a tres veces mayor en individuos sin antecedentes de depresión. A pesar de que los estudios de concordancia y de relación familiar indican la clara participación de la herencia en la depresión, los intentos para saber cómo se transmiten genéticamente estos trastornos han sido infructuosos; los estudios de enlace génico se han enfocado a los cromosomas 10 y 11, y a varios antígenos leucocitarios humanos sin encontrar resultados congruentes.

6.9 Factores de riesgo

La depresión afecta a todas las razas y edades. No es más común entre los adultos de edad avanzada, sin embargo suele ser sub valorado en personas de mayor edad. Las tasas de depresión son menores entre gente casada, especialmente hombres casados, así como en aquellos que mantienen relaciones íntimas a largo plazo. La depresión es más frecuente entre personas divorciadas y las que viven solas.(16)

La depresión mayor, la distimia y los trastornos afectivos estacionales, son más comunes entre las mujeres.

6.9.1 Alcoholismo

El abuso del alcohol, entre las personas de cualquier grupo de edad tiene una alta prevalencia de intentar el suicidio. La incidencia de alcoholismo se ve incrementada entre los ancianos suicidas. El alcohol, es un fármaco depresor, y por tanto puede aumentar en forma notable los síntomas depresivos. Además, muchas veces amortigua las inhibiciones respecto al suicidio y puede aliviar el dolor de las maniobras suicidas.

Es frecuente que el alcoholismo y la dependencia a las drogas se sobreponga a la depresión. (17)

La supresión del alcohol también es capaz de precipitar un estado de incomodidad y agitación, asociado con síntomas depresivos y aumentar así el riesgo de suicidio. (17)

Las complicaciones incluyen demencias, caídas y auto abandono. (18)

6.9.2 Aislamiento y soledad

Aunque es difícil separar el aislamiento y soledad de la pérdida objetal importante, estos factores de riesgo merecen comentario aparte. La mayoría de los ancianos suicidas viven solos, sin embargo, no se puede demostrar que la soledad representa un factor coadyuvante significativo. (19)

6.9.3 Enfermedades Físicas

El inicio de una enfermedad física significativa aumenta en gran medida el riesgo de depresión. La enfermedad física precede los suicidios en personas de edad avanzada.

6.9.4 Trastornos Psiquiátricos

Las personas con trastornos afectivos primarios aumentan el factor de riesgo cuando el humor disfórico se acompaña de síntomas físicos de depresión, como insomnio y pérdida del apetito. La mayoría de las personas con síntomas de depresión o cuadros afectivos graves intentan suicidarse, por tanto existen factores importantes, aparte de la presencia de síntomas depresivos, para predecir el intento de suicidio en los ancianos.(17)

6.9.5 Duelo

El que una persona adulta mayor quede viudo(a) será un factor de riesgo significativo. La mayoría de los episodios del duelo durante cualquier estado del ciclo vital, no se acompañan de intentos de suicidio. (3)

6.9.6 Suicidio

La consecuencia más grande de la depresión es el suicidio: un 15% de las personas deprimidas se suicidan y cuánto más grandes son, hay más probabilidad de que estén dispuestos a dar este paso. Es difícil saber cuántas personas ancianas se encuentran deprimidas, pues los síntomas de depresión en los ancianos a menudo son mal diagnosticados, confundiendo con un síndrome orgánico cerebral. (3)

La depresión es menor en el hombre, sin embargo, el riesgo de suicidio es 3 veces mayor que en la mujer. (20)

El suicidio, es mayor en los ancianos varones de raza blanca, que en cualquier otro grupo de edad, sexo o raza. (21)

6.10 PREVALENCIA

La alta prevalencia de los trastornos depresivos en la población general y las alteraciones que provoca en la funcionalidad y en la calidad de vida, crean la necesidad de conocer cada vez mejor las características clínicas y las variables biológicas que permitan obtener una óptima respuesta terapéutica. La depresión corresponde, sin duda, a un grupo heterogéneo de trastornos. Sabemos que alrededor del 70% de los pacientes responden al tratamiento antidepressivo, la cual es una tasa de respuesta elevada en comparación con la de otras enfermedades mentales o físicas. Su mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y los 45 años de edad, la cual, va a ir aumentando en cuanto aumente la población. La depresión también puede presentarse en la tercera edad, aunque con menos frecuencia que en los adultos de mediana edad.

Sin embargo, la prevalencia y la incidencia de los trastornos depresivos parecen estar creciendo en la población mayor de 60 años de edad, aunque hay que

esperar que estos hallazgos, relativamente recientes, sean confirmados por otros centros de investigación.

De acuerdo con las estadísticas de la OMS, el 25% de las personas con más de 65 años padecen algún trastorno mental, de éstas el 8% sufre de depresión mayor y sólo el 5% es tratada. (20)

La depresión en la mujer es de casi el doble del hombre.(7)

Los factores hormonales podrían contribuir, así como, el embarazo, abortos, periodo post-parto, y la menopausia, no es un factor predisponente para la génesis de un episodio depresivo mayor, aunque, sí lo es para estados emocionales depresivos pasajeros o formas de depresión menor.

Es interesante observar que la depresión se presenta en todas las clases sociales, y lo único en que difiere es en los cuadros clínicos. Por ejemplo: los pacientes deprimidos, generalmente expresan su malestar con múltiples somatizaciones; es decir, se quejan de dolor, de alteraciones gastrointestinales, como náusea y vómito, de cefalea, de constipación, etc., ya que son incapaces de expresar sus síntomas mentales y subjetivos que con frecuencia acompañan a este padecimiento. (22)

6.11 Diagnóstico

El diagnóstico del paciente con un episodio depresivo mayor debe ser distinto del que tenía antes. El ánimo depresivo o la pérdida de interés en las actividades placenteras son síntomas indispensables para llenar los requisitos del subtipo melancólico.

Para recibir el diagnóstico de episodio depresivo mayor con o sin melancolía, es necesario que el paciente tenga varios síntomas durante un periodo mínimo de dos semanas. Para que se trate una depresión mayor, la clasificación del DSM-IV requiere

que no haya ninguna causa orgánica que explique los síntomas. Los pacientes diagnosticados con episodio depresivo mayor unipolar no deben haber padecido nunca un episodio de manía. Si lo hubiera presentado alguna vez, el diagnóstico que se daría sería de trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva). El episodio maniaco implica euforia, expansividad, irritabilidad, verborrea, disminución de la necesidad de dormir, autoestima excesiva o grandiosidad, agitación psicomotora, etc. El diagnóstico de depresión unipolar se diferencia del bipolar, en que éste último sólo puede establecerse si el paciente ha presentado, como ya se dijo, un episodio maniaco. Es importante diferenciarlo, pues éste tiene implicaciones en el manejo terapéutico.(11)

La historia clínica es de importancia básica y tendrá como objetivo buscar un cambio en el funcionamiento previo y la presencia de 5 o más síntomas de depresión.
(23, 24)

En la edad avanzada los síntomas de depresión incluyen apatía y retiro en lugar de disforia clara, y también deterioro de memoria, trastorno de atención y deterioro cognoscitivo importante.

Puede ser difícil determinar la pérdida de interés, actividades, apetito y sueño previos. Aunque en la población geriátrica el sueño puede que sea más breve y más interrumpido que en personas jóvenes, tanto los ancianos deprimidos como los enfermos jóvenes, comunican, despertar temprano y dificultad para el comienzo del sueño.

Las enfermedades físicas pueden invalidar los signos físicos de depresión como la pérdida de peso y fatiga ya que los pacientes de edad avanzada a menudo reducen al mínimo los síntomas de tristeza.

La ansiedad, obsesión, histeria, hipocondriasis de reciente aparición, a menudo se producen por depresión de fondo, aunque estas quejas neuróticas quizá

oscurezcan a la depresión, y finalmente los problemas sociales coexistentes puede que exageren la presentación de depresión.

6.11.1 Diagnóstico diferencial

El episodio depresivo mayor se debe distinguir de los siguientes trastornos:

a. Trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad física. La alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad orgánica específica, por ejemplo, esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral o hipotiroidismo. Ésto se determina por medio de la historia clínica, los resultados de laboratorio o la exploración física.

b. Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Cuando una sustancia (droga, medicamento, tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo, por ejemplo, en los casos en los que esta alteración se presenta durante la abstinencia de cocaína. Estos casos se determinan cuando hay una clara relación causal de asociación (los cambios del afecto se presentan durante o inmediatamente después del consumo de la sustancia).

c. Demencia. Es un diagnóstico diferencial que se presenta sobre todo en los ancianos. Puede ser difícil determinar si la desorientación, la apatía, la dificultad para concentrarse, o la pérdida de la memoria son atribuibles a la demencia o a un estado depresivo mayor. Se requiere una evaluación médica completa, determinar la secuencia de los síntomas y en algunas ocasiones, de la respuesta al tratamiento para poder diferenciarla.

d. Trastorno adaptativo (o reacción de ajuste) con ánimo depresivo; aparecen síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresor psicosocial identificado, dentro de los tres meses siguientes de haberse presentado el estresor. Las manifestaciones predominantes consisten en un estado de ánimo depresivo, con llanto

o desesperanza. El malestar es mayor de lo que suele esperarse por el tipo y grado del estresor y se deteriora seriamente la actividad social, laboral o académica del sujeto.

Una vez que desaparece el estresor, los síntomas no persisten más de seis meses.

e. Duelo. Es la reacción esperada por la muerte de un ser querido o por alguna pérdida sentimental, económica o de status. Como parte de esta reacción, algunos individuos manifiestan síntomas parecidos a los de una depresión mayor, por ejemplo: sentimientos de tristeza, insomnio, pérdida del apetito y de peso. La persona que lo experimenta califica este estado de ánimo como "explicable" por la magnitud de su pérdida, aunque puede buscar tratamiento para el insomnio o por haber perdido el apetito. La duración y la expresión de un duelo "normal" varía considerablemente entre las diferentes culturas. El diagnóstico de "episodio depresivo mayor" no corresponde, a menos que los síntomas persistan más de dos meses después de ocurrida la pérdida. (11)

6.12 Tratamiento.

Los principales objetivos del tratamiento de la depresión en el adulto mayor son: disminuir los síntomas depresivos, reducir el riesgo de recaídas, mejorar la calidad de vida, mejorar el status de salud física, disminuir la mortalidad y disminuir los costos de la atención sanitaria.

El tratamiento medicamentoso no es la única línea terapéutica, el tratamiento psicológico, social y prevención tienen funciones de gran relevancia. Cuando se diagnostica la depresión, la intensidad y el cuadro sintomático son importantes para su atención.

El tratamiento de la depresión en los adultos mayores es difícil, ya que tienen una participación causal tanto los factores endógenos como los exógenos. (25)

6.12.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la depresión se realiza bajo un estricto seguimiento médico con antidepresivos orales, los más utilizados son los Tricíclicos o Tetracíclicos. También se utilizan los IMAO (Inhibidores de Monoaminooxidasa) y los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). (26) La respuesta terapéutica a la medicación suele aparecer a las 4 ó 6 semanas posteriores al inicio del tratamiento y se debe hacer un mantenimiento durante unos 6 meses para evitar una recaída.

En las depresiones bipolares, las fases maníacas se atenuan y abrevian con neurolépticos. En muchos casos el tratamiento continuado con sales de litio evita la aparición de nuevas recaídas intensas.

Los aspectos más importantes que hay que considerar en el uso de antidepresivos en el adulto mayor son los siguientes:

1. La dosificación, que deberá iniciarse con un tercio de la dosis utilizada en el adulto, para ir ascendiendo lenta y progresivamente.
2. Las interacciones medicamentosas, ya sea por potenciación de efectos sedantes o interferencia en el proceso de absorción, que puede causar grandes trastornos.
3. Efectos secundarios, que pueden aparecer a dosis terapéuticas. En este caso es conveniente retirar el fármaco progresivamente, a razón de un 20 % diario de la dosis total. Si los efectos secundarios son moderados, puede bastar una disminución transitoria de la dosis hasta que desaparezcan aquéllos, pudiendo aumentar lentamente.

4. Hay que utilizar el mismo tipo de antidepressivo que ha sido eficaz en ocasiones anteriores.
5. Si un antidepressivo no se muestra eficaz, hay que cambiar a otro grupo de acción diferente. (27)

6.12.2 Tratamiento psicológico

Los soportes psicosociales son necesarios para poder ayudar al paciente ante los acontecimientos vitales adversos que con frecuencia ocurren en este grupo de edad. Podemos encontrar amplias y variadas terapéuticas para el tratamiento, así como, terapéuticas cognitivas, interpersonales, terapéuticas breves psicodinámicas, familiares, etc., lo mas recomendable es enviarlo a un psiquiatra cuando presente las siguientes circunstancias; problemas de diagnóstico difícil, riesgo suicida importante, abandono personal importante, agitación, delirios y alucinaciones intensas, fracaso para responder o adaptarse con el programa de tratamiento.(21)

6.12.3 Tratamiento bucal

Si tomamos en cuenta que la depresión provoca un menor consumo de alimentos, pérdida de apetito, deshidratación, estreñimiento y en los ancianos es frecuente que encontremos ausencia de dientes y el uso de prótesis inadecuadas, que pueden ocasionar heridas, ulceraciones y hasta necrosis; el tratamiento bucal será que les dotemos de prótesis adecuadas para que se les facilite el consumo de alimentos, para ésto tenemos que elaborar un plan de tratamiento adecuado que nos llevará al éxito en las prótesis, ya que repercutirá en la salud emocional de los pacientes, “dado que la mayoría de los portadores de dentaduras completas se hallan en la población senescente”.(28)

La reposición de los dientes perdidos no es el fin último del tratamiento, sino simplemente una consecuencia del objetivo final, que es la rehabilitación funcional de la boca del paciente.(29)

En el caso de la enfermedad periodontal se debe de orientar al paciente para que al tiempo en que se realiza el tratamiento, él aprenda y se vuelva hábil en el uso de los instrumentos y técnicas de aseo bucal, así como de hacerle consciente de que el tratamiento no será exitoso si él no cambia sus hábitos anteriores de higiene por las técnicas adecuadas, con el objetivo de que al terminar el tratamiento, el paciente pueda aplicar las técnicas de manera exitosa para mantener controlada la enfermedad y evitar su recidiva, además, se tendrá que realizar un diagnóstico oportuno para darle la mejor opción al paciente en la que se incluya un tratamiento integral, adecuado y en el que se decidirá qué dientes pueden permanecer en boca y los que por razón de higiene y salud deban ser extraídos.

6.12.4 Terapia Electro Convulsiva (TEC)

También se le denomina sismoterapia, es muy exitosa en los pacientes ancianos deprimidos, sin embargo, en las últimas décadas, se ha modificado para evitar riesgos, como las fracturas óseas.

Esta terapia es de elección inicial y cuya realización en ancianos obliga a monitorización computarizada del EEG y ECG, estando indicada en las depresiones delirantes más resistentes a los tratamientos farmacológicos, así como las depresiones con riesgo de suicidio inmediato o los cuadros de anorexia profunda resistentes a la farmacoterapia.

La TEC proporciona estímulos eléctricos de pulso breve, aplicando los electrodos de forma unilateral sobre el hemisferio dominante. Se induce la anestesia con pentotal, realizándose el bloqueo de la placa muscular con succinilcolina; se emplea además atropina para disminuir las secreciones bronquiales, se debe de proceder siempre a un estudio cardiovascular y neurológico; sus riesgos son; confusión, pérdida de memoria, complicaciones de la anestesia y precio. (20)

6.12.5 Terapia cognitiva

Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas.

Este tratamiento puede combinarse con la utilización de fármacos antidepresivos. (3)

6.12.6 Terapia interpersonal

El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales. También puede combinarse con la administración de antidepresivos. (3)

7.0 IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL EN RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN

La ingesta de alimentos influye significativamente en la depresión, si tomamos en cuenta que la boca es el órgano que nos sirve para efectuar esto y que la mayor parte de los adultos mayores tienen una pérdida significativa de dientes, podremos decir que su alimentación no será la más adecuada.

En la cultura alimenticia de México encontramos que la mayor parte de alimentos son difíciles de masticar por su consistencia dura.

6.12.5 Terapia cognitiva

Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas.

Este tratamiento puede combinarse con la utilización de fármacos antidepresivos. (3)

6.12.6 Terapia interpersonal

El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales. También puede combinarse con la administración de antidepresivos. (3)

7.0 IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL EN RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN

La ingesta de alimentos influye significativamente en la depresión, si tomamos en cuenta que la boca es el órgano que nos sirve para efectuar esto y que la mayor parte de los adultos mayores tienen una pérdida significativa de dientes, podremos decir que su alimentación no será la más adecuada.

En la cultura alimenticia de México encontramos que la mayor parte de alimentos son difíciles de masticar por su consistencia dura.

La salud bucal es parte fundamental de la salud en general y por tanto es un componente de la calidad de vida. La cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella se recibe, tritura y digieren los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor y en la respiración. Permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas. Por lo tanto, es importante mantener una salud bucal buena, no importando la edad que se tenga ya que la boca juega un papel esencial en el bienestar y la calidad de vida. Podemos hacer un énfasis en que la calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores puede mejorar por medio de la prevención.

Lamentablemente aún cuando los geriatras reconocen la importancia de concentrar la atención en las necesidades de salud bucal de los adultos mayores, la norma en este grupo es una pobre higiene bucal.

Los problemas más comunes de salud bucal en los adultos mayores son caries y enfermedad periodontal, el cáncer bucal pasa desapercibido por la falta de visitas al dentista, la xerostomía favorece a la proliferación de flora bacteriana. Por ello es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud bucal se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida. (8)

8.0 OBSERVACIONES Y RESULTADOS

45 pacientes fueron del sexo masculino y 55 del sexo femenino, (Gráfica 1) todos fueron mayores de 60 años, la edad mínima del sexo masculino fue de 61 años y la de la mujer de 60 años, el promedio de edad fue de 65.5 años.

La salud bucal es parte fundamental de la salud en general y por tanto es un componente de la calidad de vida. La cavidad bucal es el primer órgano del aparato digestivo y gracias a ella se recibe, tritura y digieren los alimentos. También participa activamente en la percepción del sabor y en la respiración. Permite hablar y realizar distintos gestos y sonidos a través de los cuales es posible la comunicación con las demás personas. Por lo tanto, es importante mantener una salud bucal buena, no importando la edad que se tenga ya que la boca juega un papel esencial en el bienestar y la calidad de vida. Podemos hacer un énfasis en que la calidad de vida y salud bucal de los adultos mayores puede mejorar por medio de la prevención.

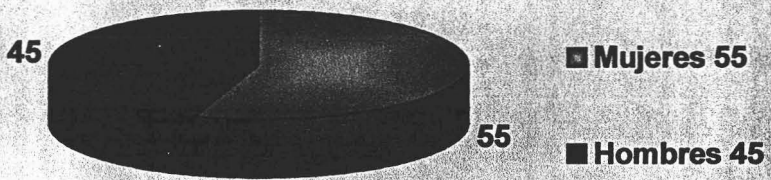
Lamentablemente aún cuando los geriatras reconocen la importancia de concentrar la atención en las necesidades de salud bucal de los adultos mayores, la norma en este grupo es una pobre higiene bucal.

Los problemas más comunes de salud bucal en los adultos mayores son caries y enfermedad periodontal, el cáncer bucal pasa desapercibido por la falta de visitas al dentista, la xerostomía favorece a la proliferación de flora bacteriana. Por ello es importante atender y educar a los adultos mayores sobre la necesidad de visitar regularmente al dentista para asegurar que su salud bucal se mantenga en buenas condiciones y poder prevenir enfermedades, ya que un diagnóstico temprano puede mejorar su calidad de vida. (8)

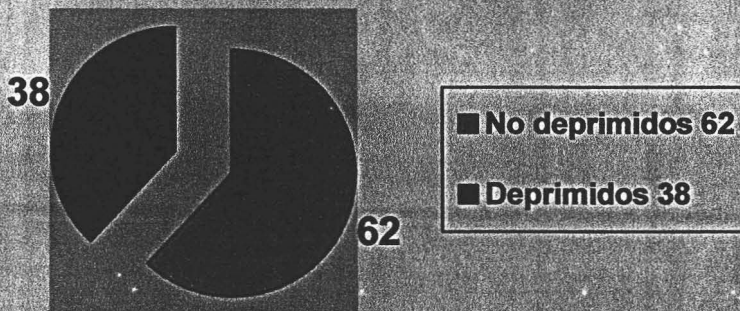
8.0 OBSERVACIONES Y RESULTADOS

45 pacientes fueron del sexo masculino y 55 del sexo femenino, (Gráfica 1) todos fueron mayores de 60 años, la edad mínima del sexo masculino fue de 61 años y la de la mujer de 60 años, el promedio de edad fue de 65.5 años.

Gráfica 1
Total de Encuestados.



Gráfica 2
Pacientes con
y sin depresión



FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

62 pacientes se encontraron sin depresión, 28 (14 hombres y 14 mujeres) con depresión leve y 10 (2 hombres y 8 mujeres) con depresión intensa, haciendo un total de 38 pacientes deprimidos. (Gráficas 2,3 y 4)

Encontramos que 11 pacientes eran viudos 10 nunca se casaron y 17 siguen casados. (Gráfica 5)

De los pacientes con depresión 22 fueron mujeres y 16 hombres. (Gráfica 6)

Encontramos 16 económicamente activos ganando un promedio mensual de \$1380⁰⁰ de los cuales 8 dependen de ellos económicamente y 8 su ingreso mensual es solamente para sus gastos personales. (Gráfica 7)

14 de estos pacientes realizan algún pasatiempo, diversión o entretenimiento entre las que encontramos: pintar, leer, correr, caminar, bailar, aerobics, y pesas. (Gráfica 9)

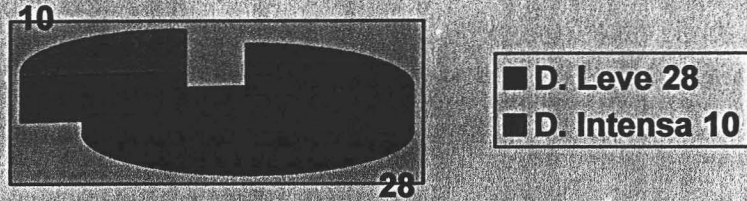
12 consideran que su estado de salud bucal es buena y 26 piensan o creen no estar satisfechos con su estado de salud bucal. (Gráfica 10)

11 se encuentran tristes debido a que no pueden comer bien y a 27 no les interesa esta cuestión. (Gráfica 11)

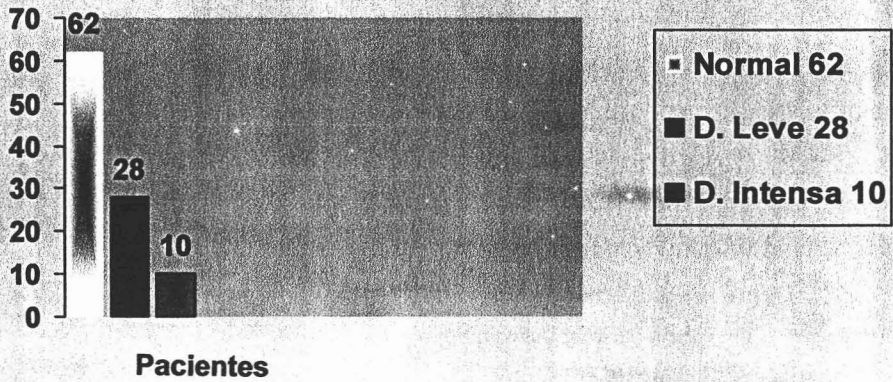
9 Pueden comer alimentos duros y 29 no lo pueden hacer debido a diferentes factores tales como: movilidad dental, movilidad de su prótesis, etc. (Gráfica 12)

Por lo que corresponde al tratamiento bucal 9 son portadores de prótesis y 29 no lo son. (Gráfica 13); 23 manifiestan tristeza por está razón. (Gráfica 14)

Grafica 3
Clasificación



Gráfica 4
Pacientes con depresión.



Gráfica 5
Estado civil

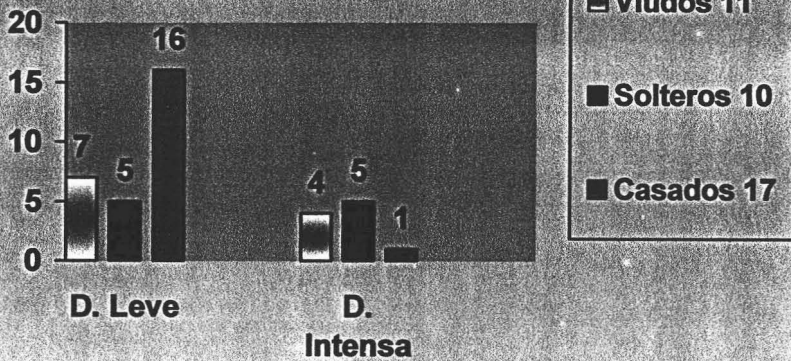
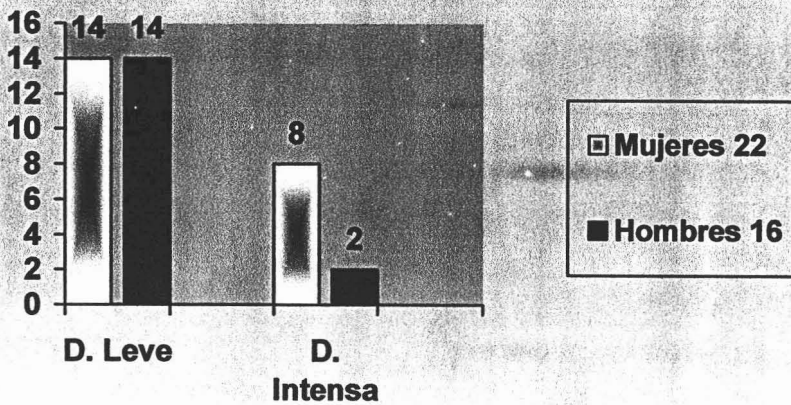
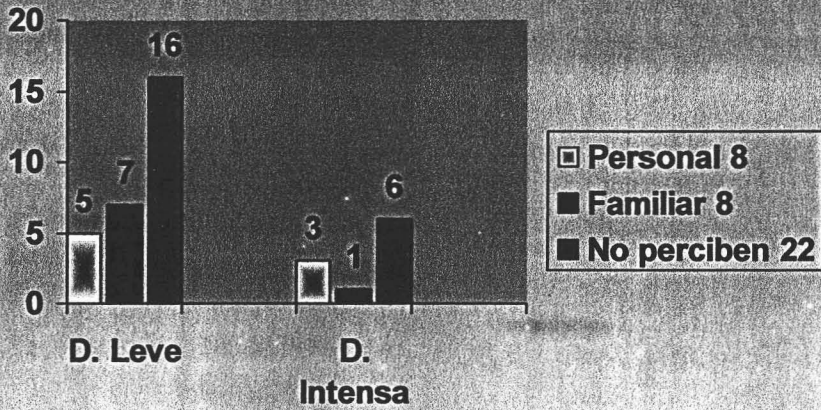


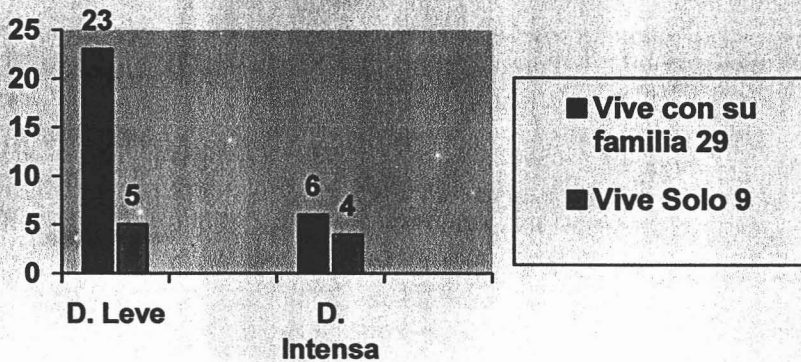
Gráfico 6
Sexo de los pacientes deprimidos



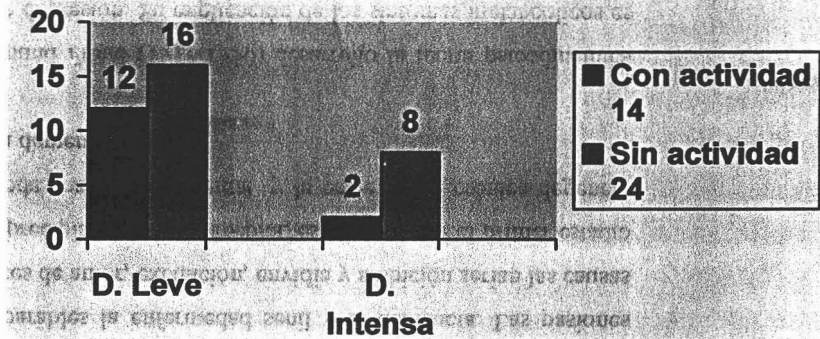
Gráfica 7
Gasto familiar y personal



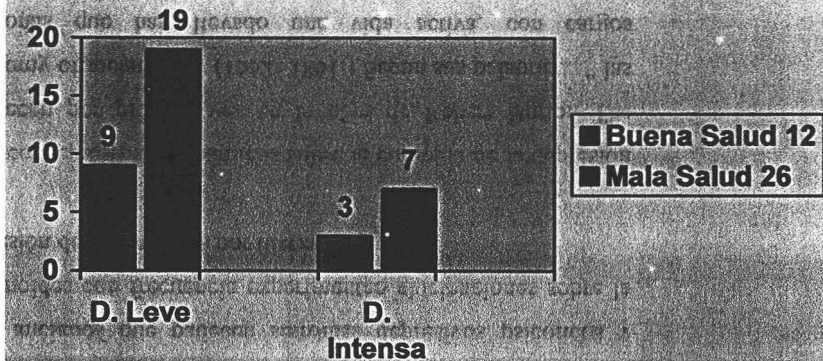
Gráfica 8
Personas con las que vive



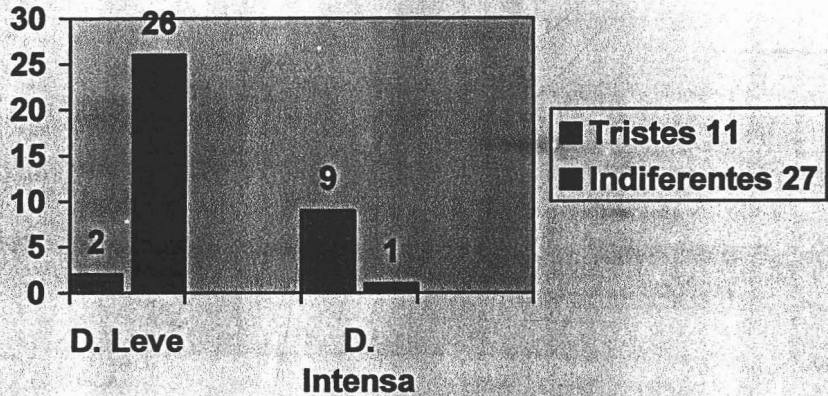
Gráfica 9
Actividad
recreativa



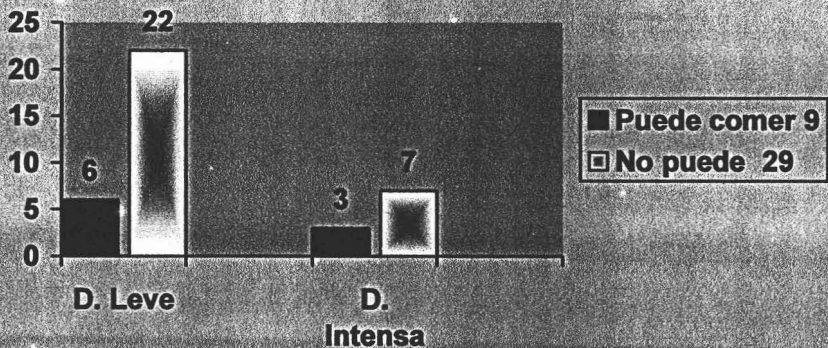
Gráfica 10
Salud Bucal



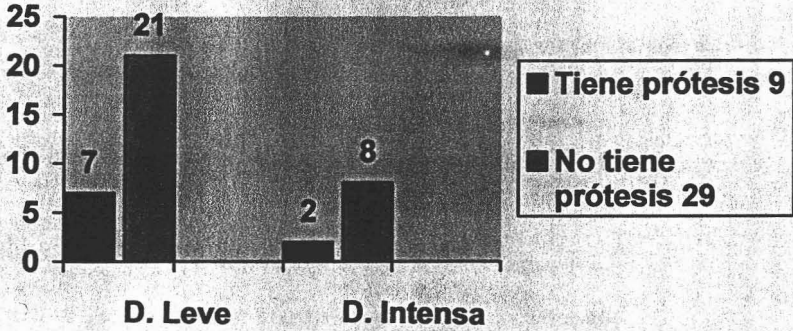
Gráfica 11
Tristeza por falta de alimentación



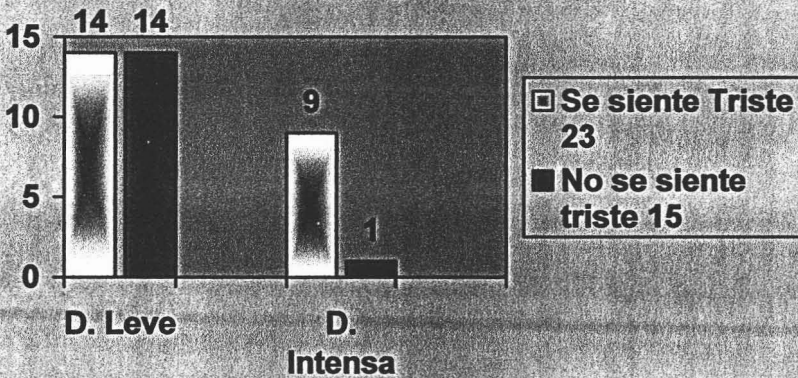
Gráfica 12
Pueden comer alimentos duros



Gráfica 13
Uso de prótesis



Gráfica 14
Sentimientos a consecuencia de su alimentación



15 pacientes refirieron tener mal aliento mientras 23 refieren no haberse dado cuenta. (Gráfica 15)

17 pacientes admitieron sentir pena al reírse porque creen que su estado bucal no es el adecuado, mientras que 21 no tienen preocupación por esto. (Gráfica 16)

29 pacientes no usan prótesis, 5 refirieron que no les molestaban sus prótesis actuales y 4 se quejaron a causa del desajuste de las mismas. (Gráfica 17)

15 pacientes refirieron no poder hablar bien debido a una mala salud bucal, así como 23 refirieron no tener problemas para hablar. (Gráfica 18)

Y los 38 pacientes con depresión refirieron que les gustaría comer, verse y sentirse mejor.

9.0 DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno común en los adultos mayores y se señalan factores psicológicos, biológicos y sociales relacionados con el envejecimiento que predisponen a la depresión. (30)

En el estudio que se efectuó, se observó que la mayoría (más del 50%) de los encuestados no presentaron depresión. Lo que nos permite destacar que la depresión no es lo mismo que vejez.

El vivir solos y en aislamiento predispone a la existencia de este trastorno. (20)

Esto lo corroboramos en el estudio donde la importancia de la familia y el apoyo social es fundamental para que los adultos mayores no padezcan este trastorno.

15 pacientes refirieron tener mal aliento mientras 23 refieren no haberse dado cuenta. (Gráfica 15)

17 pacientes admitieron sentir pena al reírse porque creen que su estado bucal no es el adecuado, mientras que 21 no tienen preocupación por ésto. (Gráfica 16)

29 pacientes no usan prótesis, 5 refirieron que no les molestaban sus prótesis actuales y 4 se quejaron a causa del desajuste de las mismas. (Gráfica 17)

15 pacientes refirieron no poder hablar bien debido a una mala salud bucal, así como 23 refirieron no tener problemas para hablar. (Gráfica 18)

Y los 38 pacientes con depresión refirieron que les gustaría comer, verse y sentirse mejor.

9.0 DISCUSIÓN

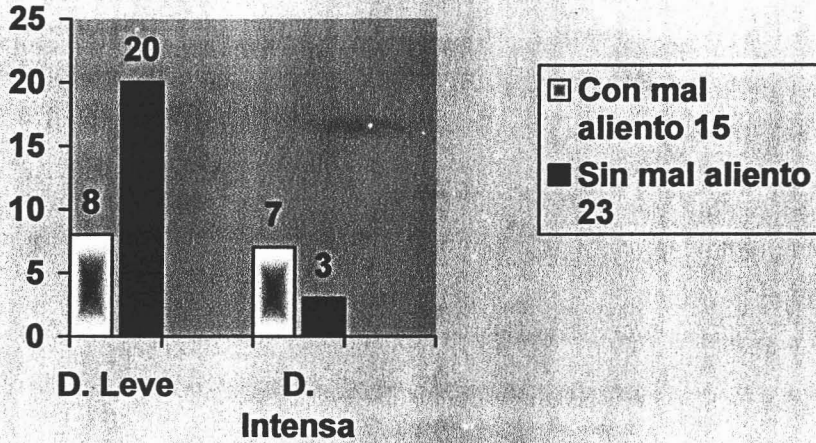
La depresión es un trastorno común en los adultos mayores y se señalan factores psicológicos, biológicos y sociales relacionados con el envejecimiento que predisponen a la depresión. (30)

En el estudio que se efectuó, se observó que la mayoría (más del 50%) de los encuestados no presentaron depresión. Lo que nos permite destacar que la depresión no es lo mismo que vejez.

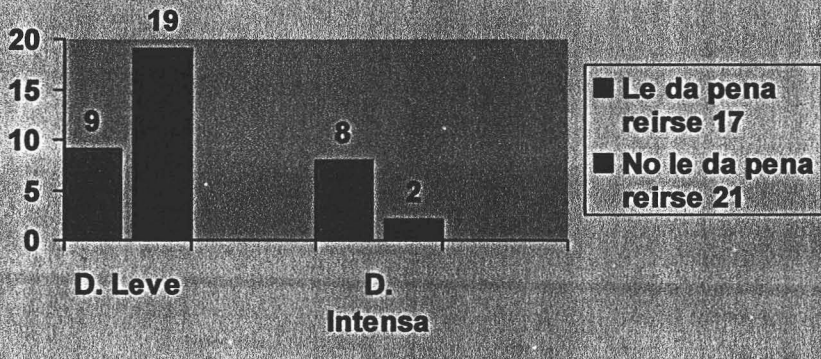
El vivir solos y en aislamiento predispone a la existencia de este trastorno. (20)

Ésto lo corroboramos en el estudio donde la importancia de la familia y el apoyo social es fundamental para que los adultos mayores no padezcan este trastorno.

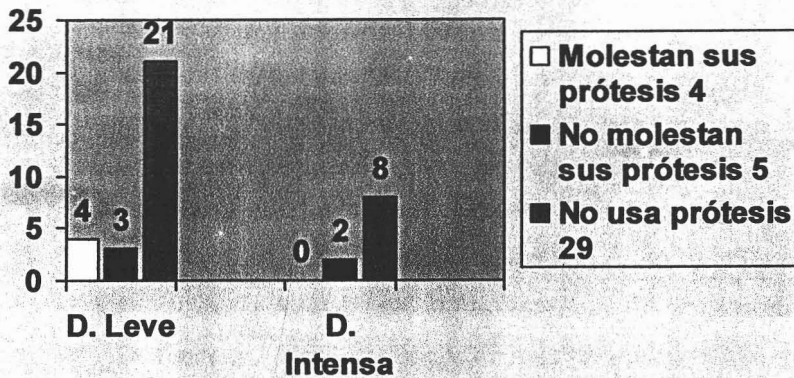
Grafica 15
Percepción del aliento



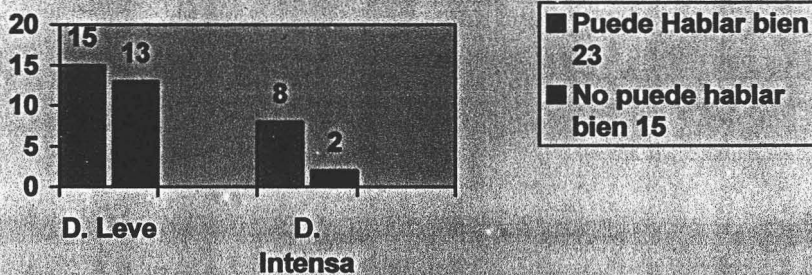
Gráfica 16
Percepción de la falta de dientes



Gráfica 17 Molestias con el uso de prótesis



Gráfica 18 Percepción del habla



La salud bucal repercute en funciones como la alimentación y la salud y puede favorecer a la depresión si conduce a deficiencias vitamínicas y minerales. (7)

La falta de cuidado bucal, más la acumulación de pérdida de órganos dentales, el uso de fármacos que afectan a la cavidad bucal, la alimentación deficiente y las enfermedades sistémicas, contribuyen a una deplorable salud bucal.

El hecho que los pacientes no acudan al cirujano dentista es fundamentalmente por falta de recursos económicos. (9)

Entre los adultos mayores, la falta de órganos dentales obliga al uso de prótesis bucales y con el tiempo se van desajustando y desgastando, limitándolas en su uso, así como en la estética.

El contar con todos los dientes y no requerir de prótesis dentales permite una percepción más positiva de la calidad de vida. (28)

La falta de dinero provoca que los pacientes no acudan al odontólogo, lo que origina que sus prótesis se desajusten a tal grado que sólo la utilizan por estética y prefieren quitárselas cuando van a ingerir alimentos. Ésto nos indica la poca importancia que le dan a la salud bucal.

10.0 CONCLUSIONES

La enfermedad depresiva es, quizá, el más común de múltiples procesos etiopatogénicos que convergen en una bien conocida constelación de síntomas. La depresión no respeta clases sociales, económicas ni culturales y es un fenómeno universal que debe ser tratado médicamente.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

La salud bucal repercute en funciones como la alimentación y la salud y puede favorecer a la depresión si conduce a deficiencias vitamínicas y minerales. (7)

La falta de cuidado bucal, más la acumulación de pérdida de órganos dentales, el uso de fármacos que afectan a la cavidad bucal, la alimentación deficiente y las enfermedades sistémicas, contribuyen a una deplorable salud bucal.

El hecho que los pacientes no acudan al cirujano dentista es fundamentalmente por falta de recursos económicos. (9)

Entre los adultos mayores, la falta de órganos dentales obliga al uso de prótesis bucales y con el tiempo se van desajustando y desgastando, limitándolas en su uso, así como en la estética.

El contar con todos los dientes y no requerir de prótesis dentales permite una percepción más positiva de la calidad de vida. (28)

La falta de dinero provoca que los pacientes no acudan al odontólogo, lo que origina que sus prótesis se desajusten a tal grado que sólo la utilizan por estética y prefieren quitárselas cuando van a ingerir alimentos. Ésto nos indica la poca importancia que le dan a la salud bucal.

10.0 CONCLUSIONES

La enfermedad depresiva es, quizá, el más común de múltiples procesos etiopatogénicos que convergen en una bien conocida constelación de síntomas. La depresión no respeta clases sociales, económicas ni culturales y es un fenómeno universal que debe ser tratado médicamente.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Las mujeres sacrifican la función masticatoria en beneficio de la estética; los hombres, conceden mayor importancia a la función masticatoria.

En verdad, la gama psicofarmacológica de los últimos 40 años es amplia y muy eficaz para tratar los trastornos depresivos. Durante las próximas décadas el interés terapéutico estará enfocado no sólo al tratamiento agudo, sino a la prevención secundaria, es decir, a la prevención de las recaídas y recurrencias, como es el caso de los trastornos de la afectividad.

Por otra parte, cuando sobreviene en forma simultánea con otras enfermedades físicas, se complican el diagnóstico, la terapia y el manejo.

Todos estos aspectos justifican la necesidad de ahondar más en el conocimiento de las causas de la enfermedad, así como avanzar en el desarrollo de métodos terapéuticos muy eficaces y seguros. El campo de la prevención de las enfermedades depresivas debe ocupar un lugar preponderante en el estudio global del problema; sólo identificando con oportunidad el desarrollo del trastorno y brindando opciones terapéuticas adecuadas, podrá disminuir su impacto negativo sobre la salud general de la población.

La práctica de alguna actividad aumenta los contactos sociales y contribuye a disminuir la depresión.

Las personas encuestadas tienen una pobre higiene bucal así como su calidad de vida está disminuida.

El uso de prótesis en buen estado, funcional y estético hace que la calidad de vida que tienen los adultos mayores sea más placentera.

La depresión afecta la salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores, teniendo como consecuencia el descuido de éste órgano, tal es el caso de la mayoría de los encuestados que demostraron poco interés en la salud bucal.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Todos los pacientes encuestados quisieran verse, comer y sentirse mejor que su estado actual.

Esperemos que en un futuro no muy lejano alguna dependencia gubernamental o de iniciativa privada, pudiera hacer algo para ayudar a la población adulta mayor a mejorar su calidad de vida.

9.0 BIBLIOGRAFÍA

- 1.- García L. González J.F. Longevidad y calidad de vida. *Archivo Geriátrico*, 2002; 5: 58-61.
- 2.- Sartorius.N. *Trastornos Depresivos en Diferentes Culturas*. Estados Unidos Washington. Organización Panamericana de la Salud. 1983. Pp. 01-156.
- 3.- G.Blazer D. *Síndromes Depresivos en Geriatria*. 1° edición. Barcelona España. Ediciones Doyma. 1984. Pp. 03-396.
- 4.- Papalia. D. *Psicología*. Rally Wendkosolds. Editorial Mac. Graw Hill. Pp. 557-565
- 5.- Luecknotte. *Valoración Geriátrica*. España. Inteamericana Mc. Graw Hill. 1992. Págs. 44-47.
- 6.- De Nicola P. *Geriatria*. México D.F. El Manual Moderno. 1985 Pp. 267-270.
- 7.- Rahway N.J. *Manual de Merck de Geriatria*. Barcelona España. Editorial Doyma. 1992. Pp. 1073-1095, 1255.
- 8.- Balsido Mensajero. *Diccionario de Psicología* 3° edición. España. 1995. Pp. 88-81.
- 9.- Esquivel R.I., Jiménez J. González A.L. Gazano. A.A. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *Archivo Geriátrico*. 2003; 6: 114-119
- 10.- Ocegueda. G. Pichardo A. Prevalencia de la depresión de los ancianos mexicanos. *Archivo Geriátrico*. 2003; 6:78-81.
- 11.- Heinze G. La depresión: un fenómeno universal. *Ints.Nal. Psiquiatria*. 2000; 16 (6): 308-326.
- 12.- Lewis C. The Lowdown on Depression. *Admon. EUA. Med. Al*. 2003; 37:28-33.
- 13.- Langarica Salazar. *Gerontología y Geriatria*. México. Editorial Interamericana. 1985. Pp. 225-228.
- 14.- Trejo S. Selección de un antidepresivo. *Archivo Geriátrico*. 2001;4:84-87.
- 15.- <http://www.vivirsindepresion.org>. Patrocinio científico Lundkerid.
- 16.- Clínicas Hospital General de México. *Geriatria*. México. Editorial Piensas. 2002.Pp. 100-115.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO
MAYOR

- 17.- Lozano C. A. Introducción a la Geriatria. 2da. Ed, México. Méndez Editores. 2000. Pp. 76, 122, 222, 266, 284, 323-366.
- 18.- Nichola Coni. Geriatria. México D.F. Manual Moderno. 1990. Pp. 70-72
- 19.- Fuentes A.R. Vida y Salud en la Tercera Edad. México. Editorial Edamaso. Pp. 90-103
- 20.- Jiménez Herrero. Gerontología. España. Editorial Masson Salvat Medicina. 1993. Pp. 9-37.
- 21.- Guillén Ll. F. Síndromes y Cuidado en el Paciente Geriátrico. España. Editorial Masson. 2001. Pp.85, 186, 225-228, 288.
- 22.- <http://www.vivirsindepresion.org>: Artículo de depresión.
- 23.- Salgado A. Manual de Geriatria. Barcelona España. Editorial Salvat. 1990. Pp. 414-419.
- 24.- Vander C. T.J.M. Manual Clínico de Geriatria. México. El manual Moderno. 1994. Pp. 53-61, 419.
- 25.- Fernández F. A. Psicología Médica y Social. 5º ed. España. Salvat Editores. 1989. Pp.164-166, 217,298.
- 26.- Baldessarini Ross J. Las Bases Biomédicas de la Depresión y su Tratamiento. México D.F. Ediciones Copilco. 1986. Pp. 01-147.
- 27.- Copca A. A. Gutiérrez L.M. Tratamiento farmacológico para la depresión del anciano. Archivo Geriátrico. 2003; 6: 27
- 28.- Ozawa D. J. Y. Estomatología Geriátrica. México Ed. Trillas. 1994. Pp. 144, 282-284.
- 29.-Caballero. J. Rodríguez G. Martínez M.A. Uso y necesidad de prótesis en ancianos residentes en centros geriátricos de Vizcaya. Rev. Eur. Odontostomatología. 105-110
- 30.-Tapía M.S. Morales J.J. Cruz. R.M. De la Rosa V. Depresión en Adulto Mayor con enfermedad crónica. Rev. Enf. IMSS. 2000; 8 (2): 87-90.
- 31.- Santillana S.P. Alvarado L.E. Depresión en población adulta mayor. Rev. Med. IMSS. 1999; 37 (2): 111-115.

ANEXO 1

Escala de depresión geriátrica

*1.- ¿Esta usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.- ¿Se aburre con frecuencia?	SI	NO
* 5.- ¿Se siente esperanzado respecto al futuro?	SI	NO
6.- ¿Le preocupan pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	SI	NO
*7.- ¿Se encuentra animado la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.- ¿Teme usted que le vaya a pasar algo malo?	SI	NO
*9.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10.- ¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI	NO
11.- ¿Se siente intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI	NO
12.- ¿Prefiere permanecer en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
13.- ¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI	NO
14.- ¿Cree usted que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI	NO
* 15.- ¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI	NO
16.- Se siente con frecuencia triste o deprimido	SI	NO
17.- ¿Piensa con frecuencia que su vida no tiene sentido?	SI	NO
18.- ¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
*19.- ¿Encuentra usted que la vida es muy interesante?	SI	NO
20.- ¿Le resulte difícil poner en marcha nuevos proyectos?	SI	NO
*21.- ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22.- Piensa que su situación es desesperada?	SI	NO
23.- ¿Se enfada con frecuencia por cosas pequeñas?	SI	NO

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO
MAYOR

24.- ¿Se enfada con frecuencia con cosas pequeñas?	SI NO
25.- ¿Siente con frecuencia ganas de llorar?	SI NO
26.- ¿Le resulta difícil concentrarse?	SI NO
*27.- ¿Se siente feliz al levantarse por la mañana?	SI NO
28.- ¿Prefiere evitar contactos sociales?	SI NO
*29.- ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI NO
*¿Conserva una mente tan clara como antes?	SI NO

*Respuestas apropiadas (no indicadores de depresión) =si, todas las demás =no.

NORMAL: 5 ± 4

DEPRESIÓN: 14 ± 6

DEPRESIÓN: 23 ± 5 (25,4)

Elaborada por Yasavage y Brink⁽³¹⁾

ANEXO 2

Escala de salud bucal relacionada con depresión

Sexo _____ Edad: _____

Delegación _____ Tel. _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1.- ¿Es usted pensionado (a)? | SI | NO |
| 2.- Si lo es ¿Cuánto percibe mensualmente? \$ | | |
| 3.- El dinero que recibe de pensión ¿es solo para sus gastos personales? | SI | NO |
| 4.- ¿Vive con su familia? | SI | NO |
| 5.- ¿Es viudo (a)? | SI | NO |
| 6.- ¿Realiza alguna actividad (baile, deporte, etc.?) | SI | NO |
| 7.- ¿Considera que su estado de salud es bueno? | SI | NO |
| 8.- ¿Considera que su alimentación es buena? | SI | NO |
| 9.- ¿Puede comer cosas duras? | SI | NO |
| 10.- ¿Tiene alguna prótesis bucal? | SI | NO |
| 11.- ¿Se siente triste por esta razón? | SI | NO |
| 12.- ¿Le da pena hablar cerca de las demás personas porque considera tener mal aliento? | SI | NO |
| 13.- ¿Le da pena reírse porque le falta uno, varios o todos los dientes? | SI | NO |
| *14.- ¿Cuándo se pone sus prótesis porque molestan? | SI | NO |
| 15.- ¿Se ha sentido triste o ha dejado de comer por su estado de salud bucal? | SI | NO |
| 16.- ¿Puede hablar bien aún cuando se mueven sus dientes, no tiene o se mueven sus prótesis? | SI | NO |

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO
MAYOR

17- ¿Le gustaría poder comer, verse y hablar mejor? SI NO

* Esta pregunta se hará solo cuando la persona tenga prótesis).

ANEXO 3

Glosario

Ambivalente.- Disposición mental contradictoria, o sea dos valores diferentes.

Cadalso.- Tablado que se utilizaba para ajusticiar a los condenados a muerte.

Cardiotónicos.- Aumenta la tonicidad del músculo cardíaco

Catatonía.- Afección psicomotriz asociada con ciertos estados esquizofrénicos; se caracteriza por apatía, y la adopción de posturas estáticas como la posición fetal.

Ciclotimia: Anomalia psíquica caracterizada por la alteración de fases periódicas de excitación, con euforia e inestabilidad motriz y fases de depresión melancólica.

Coadyuvante.- Que contribuye a la acción de otros agentes.

Cognoscitivo.- Lo que es capaz de conocer.

Constipación.- Estreñimiento.

Constituía.- Formaba. Asumía una obligación, cargo o cuidado.

Dicotómico.- Relativo a dos respuestas.

Disforia.- Trastorno del humor, tristeza, sentimiento de malestar físico.

Distimia.- Conjunto de perturbaciones del humor (depresión, excitación y ansiedad

Enema.- Introducción de un líquido por el ano con función lavativa, medicamentosa o alimenticia.

Fluctuaciones.- Vacilar en la resolución de un asunto. Crecer y disminuir alternativamente la intensidad de un fenómeno.

Heterogéneo.- Que no es de la misma naturaleza.

Hipocondríaco.- Preocupación excesiva por el propio estado de salud, de suerte que la más mínima molestia física se atribuye a una grave enfermedad y el individuo se angustia todavía más cuando el médico no encuentra causa corporal para los síntomas. Su origen es psicológico.

Hiponatremia: Disminución de la tasa de sodio en sangre.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA DEPRESIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

Histeria.- Enfermedad nerviosa crónica, más frecuente en la mujer que en el hombre sus síntomas son: convulsiones, gritos, espasmos, inestabilidad al dolor, pérdida de la voz, vómitos.

Hostiles.- Poco tratables.

Indicios.- Señal, sospecha.

Influenza.- Gripe

Inherente.- Unido por naturaleza a una cosa.

Introspectivas.- Método que permite llegar directamente a la vida interior, captar lo realmente vivido.

Introyección: Proceso psíquico inconsciente por el cual el individuo incorpora cualidades de los objetos del mundo exterior.

Laconismo.- Brevedad en las palabras.

Larvados.- Forma que presentan algunos animales luego de nacer y antes de alcanzar una etapa adulta.

Nihilismo.- Es la negación absoluta.

Oscila.- Moverse en vaivén.

Pernicioso: Dícese de ciertas formas graves de las enfermedades, o su estado anterior, sino la naturaleza de la misma.

Prodromo: Signo precursor de una enfermedad.

Penuria.- Escasez, falta de las cosas necesarias.

Recidiva.- Reaparición de una enfermedad, una vez curado el enfermo.

Rumiación.- Considerar despacio y reflexivamente un pensamiento.

Uremia.- Conjunto de accidentes tóxicos provocados por la acumulación, en la sangre, de los tóxicos que el riñón elimina en estado normal y que se hayan referidos a consecuencia de un trastorno sobrevenido, en su funcionalismo

Volitivo.- Aplicase a los actos y fenómenos de la voluntad.