

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**Incidencia de la depresión del adulto mayor en los municipios de Rosario de Mora, Joateca y Tamanique durante los meses de Febrero a Julio del año 2016**

**PRESENTADO POR:**

**Carlos Rafael Chicas Sandoval.**

**Óscar Roberto López Guzmán.**

**José Francisco Bosco Villarreal Morales.**

**ASESOR DE TESIS:**

**Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco**

**Ciudad Universitaria, 31 de Octubre de 2016**

## **DEDICATORIA.**

### **A DIOS.**

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A NUESTROS PADRES.**

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser personas de bien.

### **A NUESTRO MAESTRO.**

Dr. José Méndez Flamenco por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y elaboración de tesis.

## ÍNDICE

Resumen.....	
Introducción.....	i
Definición del problema.....	5
Objetivo general y objetivos específicos.....	6
Marco Teórico.....	7
Hipótesis General y Especificas.....	32
Diseño Metodológico.....	33
Muestreo.....	34
Variables.....	35
Indicadores.....	36
Operacionalización de variables.....	37
Cruce de variables.....	38
Resultados.....	39
Discusión de resultados.....	49
Análisis y discusión de resultados.....	50
Conclusiones.....	51
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54
Anexos.....	55

## RESUMEN.

Dado el envejecimiento de gran parte de la población y a que en numerosas ocasiones se deja de lado los problemas de salud mental de este sector de la población, en especial la depresión.

Problema de investigación

¿Cuál es la incidencia de Depresión en el Adulto Mayor durante los meses de Febrero a Julio del año 2016, en los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique?

El cual tiene como objetivo Conocer la incidencia de casos de Depresión, en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

Utilizando como método la recolección de datos por medio de un instrumento el cual será utilizado al momento de la consulta médica en pacientes que tienen como requisitos ser adultos mayores (con o más de 60 años) , que presenten o tengan antecedentes de depresión o signos y síntomas de esta.

Con un universo de población que comprende adultos mayores de los tres municipios antes mencionados con las características anteriores. Los datos obtenidos se procesaron con el método de los palotes.

Dejando como resultado que hay baja incidencia de depresión en los municipios de Rosario de mora, Joateca y Tamanique. Y se da con más frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas, abandono familiar y bajos recursos económicos no a si con delincuencia.

## INTRODUCCIÓN

Envejecer es un cambio morfológico y fisiológico, consecuencia del tiempo sobre los organismos vivos, proceso que trae como consecuencia problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica, disminución de las capacidades físicas y mentales.

Actualmente en nuestro país debido a muchos factores entre ellos la pobreza, el abandono familiar, las enfermedades así como la escalada brutal de violencia ha sido el detonante de los diferentes cambios en el comportamiento de nuestros adultos mayores y como bien sabemos la depresión es un trastorno afectivo que se ve perfectamente reflejado en el comportamiento de dicho grupo etario.

Es importante saber que en todo el mundo el número de personas que sobrepasa la barrera de los 60 años aumento drásticamente de 400 millones que se tenían registrados en el siglo pasado a 700 millones en la década del noventa y que se espera que para el año 2025 sean alrededor de 1,200 millones de ancianos, siendo de tal manera necesario que de parte de las autoridades de salud se ponga la debida atención ya que representan un gran porcentaje de la población.

Ante esta problemática nos propusimos realizar una investigación sobre los diferentes factores que influyen a la presencia de depresión en los adultos mayores tomando como muestra los que residen en los municipios de Rosario de Mora departamento de La Paz, Joateca departamento de Morazán y Tamanique departamento de La Libertad.

El presente proyecto de investigación consta de un planteamiento o formulación del problema en el cual explicamos las manifestaciones y causas que pueden originar este fenómeno, ya en años anteriores se han realizado estudios sobre esto, pero no con un enfoque completo, así como no se había incluido la desagradable realidad en que vivimos actualmente como es el grave fenómeno de la violencia social, sumando además las criticas condiciones económicas; aquí exponemos la importancia que este tiene así como lo beneficioso que será contar con esta información recolectada, analizada y discutida por nosotros que se pueden ocupar como valiosos insumos para el desarrollo de posteriores programas que vallan encaminados a ayudar a tratar esta problemática que merece ser tomada más en cuenta.

**PROBLEMA:**

¿Cuál es la incidencia de Depresión en el Adulto Mayor durante los meses de Febrero a Julio del año 2016, en los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique?

**Identificación:**

El número de personas adultos mayores quienes padecen Depresión en los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

**Delimitación:**

Personas adultas mayores quienes vivan en los municipios antes mencionados y sean diagnosticados con Depresión.

**Definición:**

Poder determinar el número de casos de Depresión real en dichos municipios, las características comunes entre ellos, para así determinar la magnitud real del problema.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de casos de Depresión, en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique entre los meses de Febrero a Julio de 2016.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las causas biopsicosociales y de violencia extrínseca relacionadas con los casos de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.
2. Describir las causas biológicas y sociales de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.
3. Determinar las características y patrones comunes de causas de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

## MARCO TEÓRICO

### DEPRESIÓN DEFINICIÓN:

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria<sup>3</sup>.

La depresión (del latín *depressio*, que significa ‘opresión’, ‘encogimiento’ o ‘abatimiento’) es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: como es la tristeza constante, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar, impotencia, frustración a la vida y puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad. La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

## ADULTO MAYOR DEFINICIÓN:

Según la OMS(Organización Mundial de la Salud) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Las naciones unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

**Persona adulta mayor independiente o autovalente:** es la que es capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer vestirse desplazarse asearse bañarse así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar limpiar la casa comprar lavar planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrara su economía con autonomía mental.

**Persona adulta mayor frágil:** es quien tiene algunas limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

**Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente):** es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.<sup>4</sup>

¿Cuáles son las diferentes formas de depresión?

Hay varias formas de depresión. Entre las más comunes se encuentran:

*Depresión grave:* síntomas severos que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas pueden que experimenten solo un episodio durante el transcurso de su vida, pero con más frecuencia una persona puede padecer múltiples episodios.

*Trastorno distímico o distimia:* síntomas depresivos que duran mucho tiempo (2 años o más) pero que son menos severos que los de la depresión grave.

*Depresión secundaria:* similar a la depresión grave y a la distimia, pero los síntomas son menos severos y pueden durar menos tiempo.

### **¿Cuáles son las señales y síntomas de la depresión?**

Diferentes personas padecen diferentes síntomas. Entre algunos síntomas de depresión se encuentran:

- Sentirse triste o “vacío”.
- Sentirse sin esperanza, irritable, ansioso o culpable.
- Pérdida de interés en actividades favoritas.
- Sentirse muy cansado.
- No poder concentrarse o recordar detalles.
- No poder dormir o dormir demasiado.
- Comer demasiado o no querer comer del todo.
- Pensamientos de suicidio, intentos de suicidio.
- Dolores o malestares, dolores de cabeza, cólicos o problemas digestivos.

### **¿Qué causa la depresión?**

Varios factores o una combinación de factores pueden contribuir a causar la depresión.

**Genes:** las personas con una historia familiar de depresión pueden ser más propensas a desarrollarla que aquellas cuyas familias no padecen la enfermedad. Las personas mayores que padecieron de depresión cuando eran jóvenes corren un riesgo mayor de desarrollarla más adelante en su vida que aquellos que no padecieron la enfermedad anteriormente.

**Química del cerebro:** las personas con depresión pueden tener una química cerebral diferente de aquellas que no padecen la enfermedad.

Estrés: la pérdida de un ser querido, una relación dificultosa o cualquier situación estresante puede desencadenar la depresión.

#### Correlatos Sociodemográficos.

Los datos de las características sociodemográficas asociadas a la depresión mayor en los adultos de la población general han sido relativamente coincidentes en los distintos estudios.

a. Edad. Los resultados de los estudios revelan sistemáticamente que la edad media en el inicio de la depresión se sitúa a principios de la edad adulta. Numerosas investigaciones observaron una edad de inicio de la depresión mayor a los 29,9 años y la edad de inicio era inferior en las mujeres que en los varones.

b. Sexo. La depresión mayor tiene una frecuencia dos veces mayor en las mujeres adultas que en los varones adultos<sup>5</sup>. Éste es uno de los datos más homogéneos de los estudios epidemiológicos de los trastornos del estado de ánimo. Esto resulta especialmente enigmático porque las diferencias sexuales de la prevalencia de la depresión se invierten en la población infantil (los niños presentan tasas más elevadas que las niñas) y el cambio se produce durante la adolescencia y perdura durante toda la vida adulta.

c. Estado civil. En general, los estudios epidemiológicos han hallado que las tasas de depresión son más elevadas entre los solteros y divorciados que entre las personas casadas.

d. Raza/grupo étnico. La asociación entre raza/grupo étnico sigue sin estar clara y precisa de nuevos estudios. En el estudio NCS, Kessler y colaboradores observaron una tasa ligeramente más elevada de depresión entre los miembros de minorías raciales. Los factores asociados a depresión mayor son más habituales en los grupos minoritarios con mayores cargas de enfermedad y falta de recursos de atención sanitaria.

e. Posición económica. Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados relativamente homogéneos entre posición socioeconómica baja y aumento de las tasas de depresión. Se desconoce la naturaleza de tal asociación; incluso estudios más recientes revelan que incluso una posición socioeconómica baja durante la niñez está asociada a un mayor riesgo de depresión en la vida adulta.

f. Residencia urbana o rural. Los datos son contradictorios, si bien la mayoría apuntan a que la depresión mayor es menos frecuente en el ámbito rural que en el urbano. La razón de esta diferencia se desconoce exactamente, pero se han propuesto que factores como la delincuencia, desempleo, drogas y los acontecimientos vitales estresantes pueden ser los responsables.

Factores de riesgo de depresión mayor.

a. Características demográficas.

El sexo femenino se asocia sorprendentemente con depresión mayor. Se han propuesto varias teorías, parece que las variaciones en las exposiciones sociales y ambientales pueden desempeñar un papel. Ningún estudio ha sido capaz de vincular los cambios hormonales y la depresión.

b. Transmisión hereditaria.

Estudios genealógicos han revelado que los antecedentes familiares de depresión mayor están asociados a un aumento significativo del riesgo de padecer dicho trastorno. Además, los antecedentes familiares se han asociado a una mayor gravedad de la depresión y una edad de inicio más temprana, en comparación con los individuos que carecen de ello.

c. Acontecimientos adversos en las primeras etapas de la vida.

Los traumas y los acontecimientos vitales adversos de las primeras etapas de la infancia están asociados a un mayor riesgo de depresión, así como a una mayor gravedad de ésta, en los adultos de la población general. Estudios longitudinales han revelado también vínculos sistemáticos entre episodios de pérdida, especialmente de los padres por separación o muerte y una elevación de riesgo de depresión durante la vida adulta. Los acontecimientos vitales traumáticos (p. ej. la desatención) pueden guardar una relación más estrecha entre los trastornos de ansiedad.

d. Comorbilidad como factor de riesgo.

Los estudios han puesto de manifiesto sistemáticamente que el hecho de tener antecedentes de cualquier trastorno mental en cualquier momento de la vida aumenta de manera considerable el riesgo de inicio de depresión mayor y la probabilidad de persistencia, gravedad y recidiva del trastorno, concretamente con trastornos de ansiedad.

e. Acontecimientos vitales negativos.

Los acontecimientos vitales estresantes se encuentran entre los factores de riesgo mejor documentados de depresión mayor en adultos en la población general; se han vinculado sistemáticamente a inicio de depresión. La asociación entre acontecimiento vital estresante y depresión sigue siendo desconocida. Hay líneas de investigación que apuntan a una interacción entre los acontecimientos vitales y la vulnerabilidad genética/familiar a la depresión, los estilos de afrontamiento, los rasgos de la personalidad.

#### f. Estrés psicosocial y trauma.

De todos los factores psicosociales posibles, el estrés y el trauma psicológico son los mejor conocidos. Tanto el trauma agudo o los factores de estrés sub-crónico, como la exposición temprana al trauma infantil, aumentan el riesgo de desarrollar depresión y de provocar alteraciones del estado de ánimo, por su impacto sobre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central.

El estrés psicosocial puede activar la producción de citoquinas pro-inflamatorias, tales como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) y la interleucina-1 (IL-1), y disminuir los niveles de citoquinas anti-inflamatorias, tales como la interleucina-10 (IL-10). Esto se ha demostrado en relación con el estrés agudo o crónico, tanto en animales como en humanos<sup>15</sup>. Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, lo cual puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, por ejemplo, las que tienen polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de peptidasas o una mayor carga inflamatoria.

La evidencia de los modelos animales ha sugerido durante mucho tiempo que la exposición temprana a un trauma en la infancia puede aumentar el riesgo de un mal funcionamiento futuro de los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Estos hallazgos han sido corroborados posteriormente en humanos. Los estudios que exploran la influencia del estrés en otras enfermedades inflamatorias, tales como el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares, han demostrado consistentemente tendencias similares. Todos estos resultados sugieren que el estrés que se produce en edades tempranas puede ejercer efectos persistentes durante largos períodos de tiempo, provocando un aumento de la susceptibilidad a desarrollar enfermedades somáticas y psiquiátricas, y una potencial baja respuesta a los tratamientos. No obstante, este modelo no explica completamente la vulnerabilidad a padecer enfermedades inflamatorias, sino que el empleo en la edad adulta de las respuestas aprendidas de mala adaptación al estrés parece jugar un papel fundamental. Por ejemplo, hay pruebas de que la personalidad y la forma en que una persona responde a los estresores psicosociales, tales como la tensión laboral o el estrés ante un examen, pueden contribuir a desarrollar procesos inflamatorios.

Comprender y modificar los factores de riesgo relacionados con el estrés y el estilo de vida supone un paso importante en la prevención de las enfermedades inflamatorias, tales como la depresión.

## ETIOPATOGENIA

Veamos a continuación las principales teorías etiopatogénicas que pretenden entender los principios fisiológicos y psicológicos de la depresión

### Genética.

Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos aunque quedan cuestiones por dilucidar, como el modo de transmisión. La síntesis sobre los estudios de gemelos realizados sugiere un factor genético ya que la concordancia en monocigotos es del 65% frente a la de los dicigotos que sólo alcanza el 14%<sup>10</sup>. El riesgo de morbilidad en familiares de pacientes bipolares es el siguiente: padres (12%), hermanos (21%) e hijos (25%). También el riesgo de enfermedades unipolares es elevado y similar en cuanto a padres y hermanos. Datos de un estudio de NIHM indican el aumento de riesgo según la gravedad del caso y un principio jerárquico en el que los familiares esquizoafectivos padecen este trastorno, pero más probable formas afectivas uni o bipolares, y los familiares de bipolares, trastorno bipolar o más bien enfermedades unipolares; en tanto que los unipolares muestran alta incidencia sólo de trastornos monopulares entre los familiares de primer rango.

El modo de transmisión es controvertido, pudiendo concluir que los trastornos afectivos son enfermedades complejas cuyo patrón de herencia no sigue leyes simples ni permite definir totalmente el papel de la predisposición a la enfermedad o de los factores ambientales o desencadenantes de la misma. La distimia (y las llamadas depresiones menores) tiene escasa base genética. Finalmente los estudios comparativos con otras entidades muestran que los trastornos bipolares son independientes genéticamente de la esquizofrenia y de la paranoia.

## BIOQUIMICA

Es uno de los campos más fructíferos de la investigación. Podemos encontrarnos con distintas hipótesis.

a. Hipótesis noradrenérgica: propuesta por Schildkraut, según la cual los trastornos afectivos depresivos serían el resultado de un déficit central de noradrenalina (NA). Se ha concedido importancia al MHPG, metabolito de la NA central. En general, los estudios detectan una

clara disminución de MHPG urinario en depresiones bipolares y resultados más dispersos en otros tipos de depresiones.

El HVA (ácido homovalínico) se ha encontrado significativamente descendido en depresiones caracteriales, especialmente las inhibidas motoras. En la línea de esta hipótesis, se ha interpretado ciertos datos frecuentes en las depresiones (hipersecreción de cortisol, disminución de la respuesta de GH a la hipoglucemia insulínica o de la ilunidina, aumento del binding plaquetario de receptores presinápticos alpha-2-adrenérgico, aumento de la respuesta betaadrenérgico postsináptico...) como prueba de un déficit de NA central, producido por una desregulación hipotalámica, base de algunas depresiones endógenas.

b. Hipótesis indolamínica: defendido por Coppen<sup>11</sup> propone en la depresión un déficit de serotonina (5-HT). Los datos más importantes proceden de estudios del 5-HIAA en el LCR, medido directamente o a través de pruebas con prebenecid (que bloquea la salida de 5-HIAA fuera del LCR). En ambas situaciones, el 5-HIAA es bimodal de forma que la disminución sólo ocurre en el 30-40% de los pacientes con depresión endógena, precisamente las que tienen más conductas autoagresivas. La mayoría de los estudios han relacionado este descenso de 5-HT con el módulo sintomático suicidio-agresión-pérdida de control de impulsos. La serotonina está implicada en la regulación de varias funciones fisiológicas, aparte del humor (apetito, sueño, actividad sexual, dolor, ritmos cardíacos o temperatura) por lo que se han descrito numerosas patologías además de los trastornos afectivos sin poderse establecer una especificidad nosológica, que más bien pueden referirse a dimensiones psicopatológicas.

Finalmente, cabe indicar que la persistencia baja de 5-HIAA tras la recuperación clínica, en un porcentaje elevado (hasta el 50%) se ha interpretado como una predisposición básica (marcador de rango) a padecer el trastorno, mientras que en algunos pacientes puede ser un evento bioquímico asociado a la situación clínica (marcador de estado).

c. Teoría de la hipersensibilidad colinérgica: propuesta por Janowsky<sup>12</sup>, sugiere que la actividad colinérgica central podría desempeñar un papel clave al descompensarse el equilibrio permanente entre colinérgico-adrenérgico a favor de los primeros en los pacientes depresivos y a favor de lo segundo en cuadros maníacos.

d. Existen otras teorías con menor aceptación: como la disfunción dopaminérgica, en la que la manía se relaciona con una hipersensibilidad dopaminérgica y la depresión (sobre todo la inhibida) con un descenso de la dopamina central.

En síntesis, las depresiones no constituyen un grupo homogéneo bioquímicamente, aunque parece evidente un trastorno en el funcionamiento de las monoaminas cerebrales, más evidente en depresiones endógenas. Es evidente que cada sistema neuroquímico no actúa de forma independiente, sino que existen múltiples interacciones entre ellos. Por otra parte, estudios recientes, establecen la hipótesis acerca de la posibilidad de que en la depresión exista una hipersensibilidad de ciertos receptores, que por un mecanismo de retroacción negativa produce la disminución de los neurotransmisores descritos.

## IMPLICACIÓN NEUROENDÓCRINA

Existen múltiples pruebas de la alteración del eje hipotálamo-hipófisis en las depresiones endógenas. Especial relevancia como marcador neuroendocrinológico tiene el Test de Supresión para Dexametasona (TSD).

En un 25-40% de los pacientes no se produce la frenación normal de cortisol que acontece a las 16 horas de administrar 1 mg de dexametasona. Sin embargo, la especificidad hallada para la melancolía en los primeros estudios (95%) ha disminuido sustancialmente (50%) pues el TSD se encuentra alterado en varios trastornos psiquiátricos y variadas circunstancias.

Además, no existe un perfil clínico diferencial entre supresores y no supresores salvo en los antecedentes familiares afectivos, hipersomnia y las ideas de insuficiencia, más frecuentes entre los no supresores.

Otro marcador neuroendocrino, más incierto que el TSD, es el Test de Estimulación de TSH por TRH ya que en un 25-30% de las depresiones endógenas unipolares se aprecia un aplanamiento en la respuesta normal de TSH. En un 50% no se correlaciona la mejoría clínica con la normalización del test.

## NEUROFISIOLOGIA Y NEUROANATOMIA

Tiende a señalarse en las depresiones un estado de hiperactivación neurofuncional y disfunciones de la actividad vegetativa, así como escasa reactividad o arreactividad, especialmente en los depresivos inhibidos. Sin embargo hay que señalar que el EEG convencional no ha proporcionado datos concluyentes.

Flor-Henry sugirió disfunciones de las regiones frontales anteriores y temporales del hemisferio no dominante. La desconexión interhemisférica se ha confirmado en otros

trabajos y apunta hacia una desorganización del hemisferio no dominante, de forma que el déficit de diversas funciones (atención, abstracción, memoria, aprendizaje no verbal) podría ser consecuencia de una disfunción de las regiones frontotemporales. Trabajos recientes que incluyen neuroimagen y neuropsicología confirman que en la depresión existen disfunciones en zonas del sistema límbico, córtex prefrontal y temporal, ángulo anterior y núcleo caudado; así como resultados discrepantes respecto a una disminución del volumen del hipocampo, especialmente en depresivos severos o bipolares con sintomatología psicótica.

Por otra parte, los resultados de los potenciales evocados son todavía confusos y abiertos a investigaciones que los relacionen con aspectos psicopatológicos concretos.

El estudio del patrón del sueño es importante en este campo, ya que se ha detectado un perfil específico en los depresivos endógenos, caracterizado por:

- a. Trastornos de la continuidad y eficacia del sueño.
- b. Disminución de los estadios 3 y 4.
- c. Acortamiento de la latencia REM por debajo de 60 min.
- d. Acumulación REM en la primera mitad de la noche.
- e. Aumento de la cantidad y densidad REM.

Es posible que la disminución de la LREM sea no sólo un marcador de estado, sino también de rasgo. Asimismo, los pacientes con mayor acortamiento de LREM tienen peor pronóstico en términos de recaídas y los que presentan drásticas reducciones, por debajo de 10-20 min, con episodios de SOREM (inicio de sueño en fase REM) suelen corresponder a depresiones severas, frecuentemente psicóticas, y escasa respuesta farmacológica.

## MODELOS EXPERIMENTALES Y CONDUCTISTAS.

### Teorías cognitivas

Posiblemente el fenómeno denominado learned helplessness (desesperanza aprendida o indefensión) es uno de los modelos que más se ajusta al paradigma conductista en la depresión. Es un modelo expuesto por Seligman y su equipo de la Universidad de Pennsylvania en 1967 mientras estudiaban teorías sobre aprendizaje en perros. Observamos que se describe un estado caracterizado por la ausencia de conductas adaptativas porque no se reconoce la relación entre unas determinadas respuestas y un alivio de los estímulos aversivos.

Aunque este fenómeno ha sido poco estudiado en el caso del hombre, se sugiere que en la depresión humana, se recoge una historia existencial caracterizada por un relativo fracaso sistemático en ejercer el control sobre los reforzadores ambientales, lo que lleva a una situación permanente de frustración.

Los distintos modelos experimentales aplicables a la distimia y depresiones menores, pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- a. Disminución en la frecuencia de refuerzo positivo.
- b. Aprendizaje social por imitación.
- c. Desesperanza aprendida.
- d. Control por los estímulos.

Como complemento a lo dicho, se encuentran las experiencias de Harlow y Harlow sobre la privación social en primates. Las consecuencias de la separación, total o parcial, de los congéneres afectivamente importantes (madre, compañeros...) provocan en el animal un estado de inhibición motora y conductual: trastorno del sueño, apetito, disminución de peso. Las conclusiones que se desprenden de trabajos sobre el tema, procedentes tanto de la investigación animal como humana, son en opinión de Akiskal y McKinney las siguientes:

- a. Los eventos de separación figuran entre los posibles estresantes precipitantes de la depresión.
- b. Probablemente no sean específicos del padecimiento depresivo.
- c. La separación no es causa suficiente para la depresión.
- d. Tampoco la separación es un antecedente necesario para la depresión.
- e. Finalmente, la separación puede ser consecuencia y no la causa del trastorno depresivo.

### Teorías psicodinámicas

Desde los estudios de Freud y Abraham, la escuela psicodinámica tiende a considerar la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. La depresión constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido, en el que se produce una internalización del instinto agresivo que no se dirige hacia el objeto apropiado. La retroflexión de la

hostilidad se pone en marcha a partir de la pérdida de un objeto ambivalentemente amado. Tal objeto es incorporado según la actitud canibalística de la etapa oral, por lo que quedaría introyectado formando parte del propio sujeto que se encontraría en grave conflicto<sup>4</sup>.

## CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.

Estos dos aspectos han de ir inseparablemente unidos, pues por el momento el diagnóstico de depresión es clínico, mientras que las pruebas complementarias, tanto las técnicas de laboratorio como las de neuroimagen carecen de especificidad suficiente.

Los síntomas de la depresión se han clasificado en cuatro grandes grupos:

- a. Síntomas afectivos. Son la característica fundamental de la depresión e incluyen cambios en el estado de ánimo con tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza y tendencia al llanto.
- b. Síntomas cognitivos. Derivan de la modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro (la llamada triada cognitiva de Beck). Respecto a sí mismo, expresa ideas de minusvalía y de inutilidad. El futuro aparece sombrío, sin posibilidad de recuperación, pudiendo llegar a la desesperanza, a la aparición de ideas de muerte e incluso ideas autolíticas. Aparece una disminución de la atención y concentración, pérdida subjetiva de memoria y puede ser apreciable una bradipsiquia.
- c. Síntomas volitivos. Aparece abulia, apatía, falta de iniciativa y de capacidad de decisión para las tareas normales de la vida diaria, lo que junto al ánimo bajo y la anergia llevan a un deterioro o abandono de la actividad laboral o doméstica.
- d. Síntomas somáticos. Afectan a diversidad de “ritmos biológicos” los más notables son los trastornos del sueño y del apetito. El sueño se afecta en la mayoría de los casos siendo lo más frecuente el insomnio de despertar precoz; el apetito suele estar disminuido. Se observa igualmente disminución del deseo sexual. Otro tipo de síntomas son la tendencia a la somatización con cefaleas o lumbalgias.

Al presentar los síntomas requeridos durante al menos dos semanas se diagnosticará un episodio depresivo. Si no ha habido un episodio previo hablaremos de trastorno depresivo mayor, episodio único, mientras que si ha habido más de un episodio depresivo previo, se diagnosticará de trastorno depresivo recurrente<sup>5</sup>.

## **En la vejez**

Depresión en ancianos: la depresión es más común que en la población general. Las tasas de prevalencia varían de unos estudios a otros, hablándose del 25 al 45%, aunque no se conoce con certeza qué porcentaje de estos casos son causados por trastorno depresivo mayor. Varios estudios indican que la depresión en personas mayores se puede correlacionar con bajo nivel socioeconómico, pérdida de un cónyuge, enfermedad física concurrente y aislamiento social. En este grupo de población hay tendencia a infra diagnosticar. Esto puede ser porque se manifiesta más a menudo con síntomas somáticos en las personas mayores que en los jóvenes.

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas somáticos, ansiedad o irascibilidad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudodemencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores. La psicoterapia también es útil cuando los pacientes ancianos no pueden o no quieren tomar medicamentos. Estudios realizados acerca de la

eficacia de la psicoterapia demuestran que la depresión en la vejez puede tratarse eficazmente con psicoterapia.

Además se debe de tomar en cuenta las características de cada generación así como las particulares situaciones de violencia que se viven en El Salvador. Existe una violencia estructural con características propias de la realidad socio-histórica de cada generación. Que no solo deja huellas en el cuerpo, sino también en la psique de quienes la viven o la padecen, como resultado de episodios de violencia auto infligido, interpersonal o colectivo.

Dentro del entorno familiar hay formas de convivencia y diferentes modalidades de trato. Es allí donde se conjugan la suma de individualidades y donde el afecto en mayor o menor intensidad entre cada uno de los miembros del grupo, se recicla o se destruye, en relación con la intensidad vínculo construido.

El núcleo primario de la sociedad es la familia, para el logro de una armonía social ideal son imprescindibles el amor y el respeto.

Las vivencias, historias, secretos, pactos transgeneracionales permiten a las personas a través de los lazos sanguíneos un mejor desarrollo físico, afectivo, moral y ético. Cuando esto no sucede, la convivencia se transforma en un ámbito que favorece la agresividad, la violencia y el desprecio o indiferencia.

Las pautas de la sociedad ideal determinan que en el núcleo primario (padres, hijos, hermanos) son imprescindibles el amor y el respeto.

Los tiempos han cambiado, los años han pasado, las circunstancias de guerra y conflictos sociopolíticos en nuestro país, son diferentes a las situaciones coyunturales que se vivieron hace más de 30 años atrás. Hoy son otros problemas conforme avanza nuestra actual sociedad salvadoreña. Nos enfrentamos a una realidad bien patente y clara como es el fenómeno de Las Maras junto con el crimen organizado, ha desatado una ola de violencia sangrienta de muertes en impunidad, que ha trastocado a todos los sectores de nuestro país, con más clara vulnerabilidad e incidencia en los más desprotegidos y de ingreso bajo. Situación que ha creado psicosis y desconfianza en la población y afectación en su psique colectiva.

Claro está, que la violencia no es inevitable y que a su vez debe ser considerada un problema de salud pública y de estado.

Existen factores biológicos que pueden actuar como facilitadores a las distintas formas de agresión, la explicación está en la interacción de la familia, la comunidad y la cultura para actuar como carburantes sociales en un medio de cultivo socio/ histórico en el que emergen.

La violencia puede prevenirse. Esto no es una intención de esperanza, sino una afirmación basada en la evidencia.

Cuando la sociedad está en alerta sobre una enfermedad social como es el maltrato en sus múltiples formas que son, o pueden ser víctimas, las personas de la tercera edad, las acciones que se ponen en movimiento en cualquier comunidad, actúan como un antídoto para esta nueva enfermedad social.

Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano

Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.

El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas.

La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad. Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión.

La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle sólo con neurolépticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio.

La intervención activa, así como la participación comprometida de todos los actores sociales, la ayuda y el asesoramiento gerontológico y psicológico en forma permanente, que se le puede brindar a la población en general, a las personas maltratadas y a los maltratadores en particular, puede ser saludable para la sociedad a escala local y global.

El fin de este trabajo es hacer visible lo invisible, de todas aquellas causas y síntomas que están coligados a esta enfermedad social. Teniendo en cuenta que lo invisible es sinónimo de desconocido. Desconocer significa no hacerse responsable. Conocer, por el contrario, implica el reconocimiento de que tenemos responsabilidades por cumplir.

### **Causas principales de depresión en el adulto mayor**

Son varias. Una es la pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades. Otras son las pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónico degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La merma económica puede ser factor predisponente para una depresión; no es lo mismo que sea trabajador en activo a que tenga alguna limitante, como una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica.

### **Señales de depresión en el adulto mayor**

Existe una diversidad de señales que pueden identificar una depresión, tales como: buscar a personas con las que estaba distanciado, la suspensión de tratamientos médicos, menos socialización, carácter irritable, indiferencia ante situaciones que habitualmente disfrutaba o le afectaban, llorar frecuentemente, además de dormir más y comer menos<sup>6</sup>.

Factores de enmascaramiento de la depresión en el paciente anciano:

Muchos tienen dificultad para reconocer que están deprimidos y quejarse. No es infrecuente que los síntomas centrales de la depresión, como la pérdida de interés, la astenia, la pérdida de energía, la disminución del apetito, las alteraciones del sueño, el enlentecimiento psicomotor o los problemas de concentración sean atribuidos erróneamente al envejecimiento.

El humor depresivo pasa desapercibido, en ocasiones, por el aplanamiento afectivo de algunos ancianos, que se interpreta como serenidad.

La mayor parte de los ancianos se presentan con problemas de índole orgánica, trastornos de la memoria y concentración y falta de impulso vital, distrayendo la atención del médico sobre la depresión y dirigiéndola hacia síndromes cerebrales orgánicos y afecciones somáticas.

La ansiedad puede enmascarar un cuadro depresivo y conducir a la prescripción aislada de ansiolíticos con el riesgo de cronificar el trastorno y desarrollar dependencia. Más de dos tercios de los casos presentan quejas somáticas predominantes y hasta en el 30 % la somatización es el síntoma inicial de la enfermedad.

Se quejan de problemas de memoria, gastrointestinales, malestar general, dolores osteomusculares, junto a una negación de los sentimientos de depresión y una ausencia de tristeza.

La sintomatología hipocondríaca es frecuente. Son quejas cardiovasculares, urinarias y gastrointestinales. A menudo se da la presencia concomitante de una enfermedad somática, que dificulta aún más. Casi un tercio de los ancianos con una enfermedad física sufre asimismo depresión<sup>7</sup>.

La sintomatología delirante no es rara en el anciano deprimido, por lo que se corre el riesgo de tratarle sólo con neurolépticos. Es frecuente encontrar ideas de persecución, de celos o de perjuicio.

Los rasgos diferenciales de la depresión del anciano son:

Los episodios depresivos tienden a ser más prolongados y resistentes al tratamiento.

Mayor frecuencia de agitación y ansiedad por inhibición.

Más irritabilidad.

Mayor pérdida de apetito.

Elementos paranoides más habituales.

Presentan somatizaciones e hipocondría.

Más formas enmascaradas y menor tristeza como tal.

Mayor riesgo de suicidio.

Más constipación y más tendencia a la letargia.

Menos variaciones diurnas del humor.

Insomnio intenso.

Disminución de los rendimientos cognoscitivos.

Pérdida de peso.

Mayor riesgo de cronicidad<sup>8</sup>.

Factores de riesgo relacionados con la depresión:

Los factores de riesgo para la depresión deben ser conocidos por los clínicos, porque puede que exista la posibilidad de intervenir sobre ellos para mejorar o prevenir cuadros que pueden tener un impacto pronóstico importante, de modo que la capacidad de intervenir a priori constituye un tema relevante.

Recientemente, se ha planteado que cinco variables se asocian claramente a riesgo de depresión en el adulto mayor:

Género femenino, que es un factor de riesgo no modificable. Antecedentes de episodios depresivos previos, ya que la recurrencia y la historia natural de la enfermedad depresiva es conocida. El duelo, que es uno de los tres trastornos en los que se puede intervenir. No se puede evitar que ocurra la pérdida, pero sí se pueden crear instancias de apoyo y soporte para las personas que las sufren. Los trastornos del sueño. Cada vez existen más alternativas de manejo ambiental y farmacológico para intervenir sobre este problema.

La discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición. Muchas personas no realizan tratamientos para su enfermedad, aunque sea con técnicas simples, como audífonos o cirugía de cataratas, lo que las lleva a estar más expuestas a entrar en la cascada de la depresión, enfermedad vascular y muerte.

Otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional; el estado de salud pobre, en términos somáticos; la presencia de trastornos cognitivos y la aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente, en ninguno de los dos sentidos<sup>9</sup>.

## Consecuencias de la depresión en el adulto mayor

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos<sup>10</sup>. Las consecuencias, entre otras, son:

Tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

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

Existen similitudes entre la depresión y el síndrome geriátrico de fragilidad porque ambos se han asociado al proceso inflamatorio inducido por las citocinas. La fragilidad es un estado de vulnerabilidad en el que los ancianos parecen incapaces de resistir a las agresiones externas, tales como cambios del medio ambiente, infecciones o alguna cirugía. Dichas agresiones pueden provocar una caída en espiral del estado general del individuo y meterlo en un círculo vicioso del cual, al adulto mayor, le es difícil salir y lograr su restablecimiento y el regreso a su estado de salud anterior. La depresión por lo tanto está asociada a la definición de fragilidad propuesta por Fried y colaboradores, la cual define la fragilidad como un síndrome biológico producto de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés que, además, incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de resultados negativos como son la progresión de una enfermedad, las caídas, la discapacidad o la muerte prematura<sup>11</sup>. El agotamiento, la pérdida de peso, el enlentecimiento y la disminución de las actividades son características tanto de la depresión del anciano como de la fragilidad. Por ejemplo, las personas con un puntaje elevado en la EDG (anexos) presentan altos niveles de interleucina-6 en comparación con quienes tienen un resultado normal; este hallazgo refleja una actividad inflamatoria elevada en los primeros.

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

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica

adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. Se está investigando el papel del proceso biológico de la depresión sobre la discapacidad. En estudios transversales y longitudinales, se ha demostrado que los adultos mayores deprimidos o con síntomas depresivos, tanto las personas de la comunidad como los ancianos frágiles, tienen mayor discapacidad física y social. El impacto de la depresión en las capacidades físicas puede ser similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades crónicas. El efecto es más grave cuando los síntomas depresivos se conjugan con otra enfermedad crónica, la demencia, una pobre red social, poca autosatisfacción y el sentimiento de soledad. Penninx y colaboradores<sup>12</sup>, informaron que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad para las actividades de la vida diaria (76%) y la movilidad (73%) en un periodo de seis años. De la misma manera, la depresión ligera o la depresión sin tristeza se asocian al desarrollo de discapacidades, incluso en los ancianos altamente funcionales o que alcanzaron un envejecimiento exitoso<sup>13</sup>.

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

Se asocia también a una mortalidad más elevada, se encontró en el 72% una asociación positiva entre depresión y mortalidad de los ancianos.<sup>14</sup> Con un seguimiento a cinco años, otro estudio mostró que el riesgo relativo de muerte fue de 2.1 en los ancianos deprimidos. Además, la severidad de la sintomatología depresiva predice la mortalidad. La asociación de la depresión con el suicidio está bien establecida.

Finalmente, múltiples cambios corporales asociados con el envejecimiento recomiendan un abordaje especial en el tratamiento de la depresión geriátrica. La menor eliminación de los medicamentos, el aumento del tejido adiposo, la disminución del volumen intravascular y de la unión de los medicamentos con las proteínas plasmáticas se traducen en concentraciones sanguíneas superiores de ciertos medicamentos que no se ven en el adulto joven. Otros cambios aumentan la incidencia de efectos adversos tales como la pérdida de neuronas en la sustancia nigra que predispone a los efectos parkinsonianos de los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina<sup>15</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### Demencia

La relación entre depresión y demencia es un tema complejo. Además de poder aparecer conjuntamente, ambas entidades muestran un solapamiento en lo que se refiere a la clínica.

Cuando hay coexistencia de síntomas psiquiátricos y alteraciones cognoscitivas, saber cuál de ellos fue el proceso primario, no es una tarea fácil, siendo alta la posibilidad de error diagnóstico.

### Envejecimiento normal

Con la edad se produce retraimiento social, inseguridad y temor, cambios en el sueño y en el apetito, pero no interfieren de un modo significativo en la vida social o laboral del paciente.

### Trastornos de la personalidad

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en edades tempranas de la vida. Hipocondría y otros trastornos somatomorfos.

Hay que diferenciar la hipocondría que acompaña a la depresión de la agudización de los rasgos hipocondríacos ya preexistentes. Ayuda a la diferenciación la historia previa de molestias y visitas médicas, y su repercusión en su vida social. Rara vez comienzan después de los 50 años de edad

### Trastornos del sueño

El sueño cambia con la edad y se produce una disminución del número de horas y de su calidad. Aunque en la depresión también se produce una alteración de las horas de sueño, existe una rica sintomatología psíquica afectiva y somática acompañante.

### Enfermedades somáticas

Muchas enfermedades somáticas se manifiestan con depresión, que se pueden acentuar con los tratamientos depresivógenos que el paciente tiene prescrito. Algunos cuadros depresivos se manifiestan a través de somatizaciones, sobre todo el dolor.

### Duelo

El duelo no complicado puede manifestarse con síntomas similares a los de la depresión, pero los deprimidos se centran más en sí mismos y en el duelo más en el objeto perdido.

### Trastornos de ansiedad

La ansiedad es muy frecuente en el anciano, sola o acompañando a trastornos afectivos, psicóticos o a enfermedad somática. La comorbilidad entre depresión mayor y trastornos de ansiedad es aproximadamente del 47,5 %.

## TRATAMIENTO

La depresión es el trastorno mental geriátrico que supone un mayor reto en cuanto a su tratamiento.

### Tratamiento farmacológico

Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad.

En los pacientes geriátricos hay que tener en cuenta los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos característicos del envejecimiento que modificarán la respuesta a los fármacos, entre ellos los antidepresivos, de forma que se requieren dosis menores de los mismos para conseguir efectos clínicos equivalentes.

### Recomendaciones generales

Tratar siempre con un antidepresivo los síndromes depresivos, sean del tipo que sean.

Utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes para no agravar síntomas cognitivos.

Limitar al máximo el uso simultáneo de benzodiazepinas, porque agravan los síntomas cognitivos, sedan y pueden inducir cuadros confusionales en los muy ancianos.

Ajustar dosis con prudencia: iniciar con mitad de dosis del adulto.

Tener en cuenta los efectos secundarios, sobre todo el cardiopéxico de algunos antidepresivos, especialmente los heterocíclicos.

Valorar las interferencias con otros fármacos que estén tomando.

Tratar el mínimo tiempo posible, pero ajustado a criterios de duración del tratamiento.

Valorar la respuesta a un tratamiento antidepresivo anterior

Valorar la respuesta al tratamiento antidepresivo en familiares biológicos

Valoración de patología orgánica

Responsabilizar a un familiar o cuidador

Confeccionar el horario de prescripción

En los ancianos la respuesta terapéutica tarda en aparecer más de las tres semanas habituales de latencia, por lo que conviene esperar hasta seis semanas antes de subir la dosis. La duración del tratamiento se estima en seis meses tras la remisión de un primer episodio depresivo.

Muchos psiquiatras geriátricos prefieren iniciar el tratamiento en el anciano con una amina secundaria, como nortriptilina o desipramina. Ambas muestran escasos efectos anticolinérgicos y su eficacia antidepresiva está comprobada.

Los fármacos más utilizados actualmente son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), ya que tienen una buena eficacia y provocan pocos efectos secundarios, de ellos la agitación y la pérdida de peso persistente son los que más habitualmente limitan su uso.

Dosis de inicio de algunos antidepresivos

Nortriptilina 10 mg/día. Fluoxetina 10 mg/día. Paroxetina 10 mg/día. Sertralina 25 mg/día. Fluvoxamina 50 mg/día. Nefazodona 200 mg 2 veces al día Citalopram 10 mg/día. Mirtazapina 15 mg/día Venlafaxina 75 mg/día.

Con respecto al tratamiento, el dilema principal está en la elección del fármaco adecuado. Debido a las características de este grupo de población, la aplicación del tratamiento será personalizada en función de las características de cada enfermo, ya sean fisiológicas o patológicas.

Terapia electroconvulsiva.

Además de la farmacoterapia, el tratamiento clínico comprende la Terapia Electroconvulsiva (TEC). El anciano que no responde a la medicación antidepresiva o que presenta efectos secundarios significativos debidos a la medicación puede ser candidato a TEC. Los candidatos deben padecer un episodio depresivo grave, y suelen responder mejor los que además presentan síntomas psicóticos.

Con apoyo médico adecuado, la TEC constituye un tratamiento seguro y eficaz para los ancianos.

Psicoterapia

Varios estudios han demostrado la eficacia de las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento ambulatorio del anciano con depresión mayor sin melancolía. La terapia cognitiva puede ser coadyuvante de la medicación en el tratamiento de las depresiones melancólicas graves. La terapia cognitivo-conductual es bien tolerada por el anciano por su duración limitada y su orientación educativa, así como por el intercambio activo entre el terapeuta y el paciente.

Las terapias eficaces para la depresión del anciano incluyen el trabajo con la familia. A menudo los familiares son los mejores aliados del terapeuta que trata al anciano deprimido. Es necesario informar a las familias sobre los signos de peligro, como el riesgo de suicidio en el anciano gravemente deprimido. Además, la familia puede proporcionar la estructura para que el anciano deprimido y aislado vuelva a participar en actividades sociales.

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS GENERAL

Alta incidencia de depresión en adultos mayores con síntomas como adinamia, melancolía e irritabilidad cuya causa más frecuente es violencia, soledad y enfermedades crónicas degenerativas en los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

### HIPOTESIS ESPEFICICA

1. Causas comunes como deterioro físico, abandono, enfermedades crónicas degenerativas y violencia social entre los adultos mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.
2. Deterioro físico y mental, situación de violencia que los afecta a ellos y familiares, abandono además de enfermedades crónico degenerativas como causas principales de depresión en adultos mayores.
3. Pertenecer a la tercera edad, bajo nivel socio económico, víctima de una enfermedad crónico degenerativa y víctima de violencia social como características comunes a quienes padecen depresión en la tercera edad.

# DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo transversal.

UNIVERSO: 517 adultos mayores.

Por conveniencia del equipo de investigación se tomara como muestra 60 adultos mayores.

20 por cada unidad de salud. Se utilizara el método de los palotes para el procesamiento de datos.

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Adultos mayores: personas mayores de 60 años.

Pacientes que presenten o tengan antecedentes de depresión.

Que residan en los municipios de estudio.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

Menores de 60 años.

Quienes no presenten síntomas de depresión.

Que no residan en los municipios de estudio.

Rosario de Mora: adultos mayores censados: 210 hombres y mujeres.

Joateca: adultos mayores censados: 262 hombres y mujeres.

Tamanique: adultos mayores censados: 45 hombres y mujeres.

## VARIABLES

### Objetivo específico 1

Identificar las causas biopsicosociales y de violencia extrínseca relacionadas con los casos de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

Variable independiente:

Causas biopsicosociales y de violencia.

Variable dependiente:

Depresión en adultos mayores en joateca , rosario de mora y tamanique.

### Objetivo específico 2

Describir las causas biológicas y sociales de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

Variable independiente:

Causas biológicas y sociales.: Edad, sexo.

Variable dependiente:

Depresión en adultos mayores.

### Objetivo específico 3

Determinar las características y patrones comunes de causas de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y de Tamanique.

Variable independiente:

Adultos mayores de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.

Variable dependiente:

Características comunes de la depresión.

INDICADORES:

Objetivo específico 1:

Bajo ingreso socioeconómico

Asedio delincuencia

Enfermedades crónicas degenerativas

Objetivo específico 2:

Casos de depresión en adultos mayores.

Enfermedades crónicas degenerativas,

Nutrición, edad, sexo.

Bajos ingresos económicos

Abandono familiar

Estilo de vida.

Objetivo específico 3:

Numero de causas en común de depresión en adultos mayores

Síntomas de depresión.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Objetivos Específicos	VARIABLES	Indicadores	Técnica	Instrumento
1. Identificar las causas biopsicosociales y de violencia extrínseca relacionadas con los casos de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.	a. Causas biopsicosociales y de violencia.  b. depresión en adultos mayores en Joateca , Rosario de Mora y Tamanique	Bajo ingreso socioeconómico.  Asedio delincuencia.  Enfermedades crónicas degenerativas.	Entrevista	Cuestionario
2. Describir las causas biológicas y sociales de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y Tamanique.	a. Causas biológicas y sociales: Edad , sexo , estilos de vida.  b. Depresión en adultos mayores.	Casos de depresión en adultos mayores.  Enfermedades crónicas degenerativas, Nutrición Bajos ingresos económicos Abandono familiar.	Entrevista	Cuestionario
3. Determinar las características y patrones comunes de causas de Depresión en los Adultos Mayores de los municipios de Joateca, Rosario de Mora y de Tamanique.	a. Adultos mayores de Joateca, Rosario de mora y tamanique.  b. Características comunes de la depresión.	Numero de causas en común de depresión en adultos mayores.  Síntomas de depresión.	Entrevista Observación	Cuestionario

CRUCE DE VARIABLES.

Depresión en adultos mayores	Bajo ingreso socioeconómico
Depresión en adultos mayores	delincuencia
Depresión en adultos mayores	Enfermedades crónico degenerativas
Depresión en adultos mayores	Edad
Depresión en adultos mayores	Sexo : hombre o mujer
Depresión en adultos mayores	Estilos de vida
Depresión en adultos mayores	Abandono familiar
Depresión en adultos mayores	Síntomas comunes de depresión: melancolía, irritabilidad.

Se utilizará el Método de los Palotes para el procesamiento de datos.

# PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

## TABULACIÓN DE DATOS RECOLECTADOS.

De la información obtenida a través del instrumento, en donde se interrogaron a 20 pacientes adultos mayores de 60 años en adelante, pertenecientes a cada municipio de Rosario de Mora, Joateca y de Tamanique haciendo una muestra total de 60 pacientes. Se tabularon dichos datos por medio del Método de los Palotes, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1.  
Enfermedad crónico degenerativa

	No. de pacientes
Sí	35
No	25
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

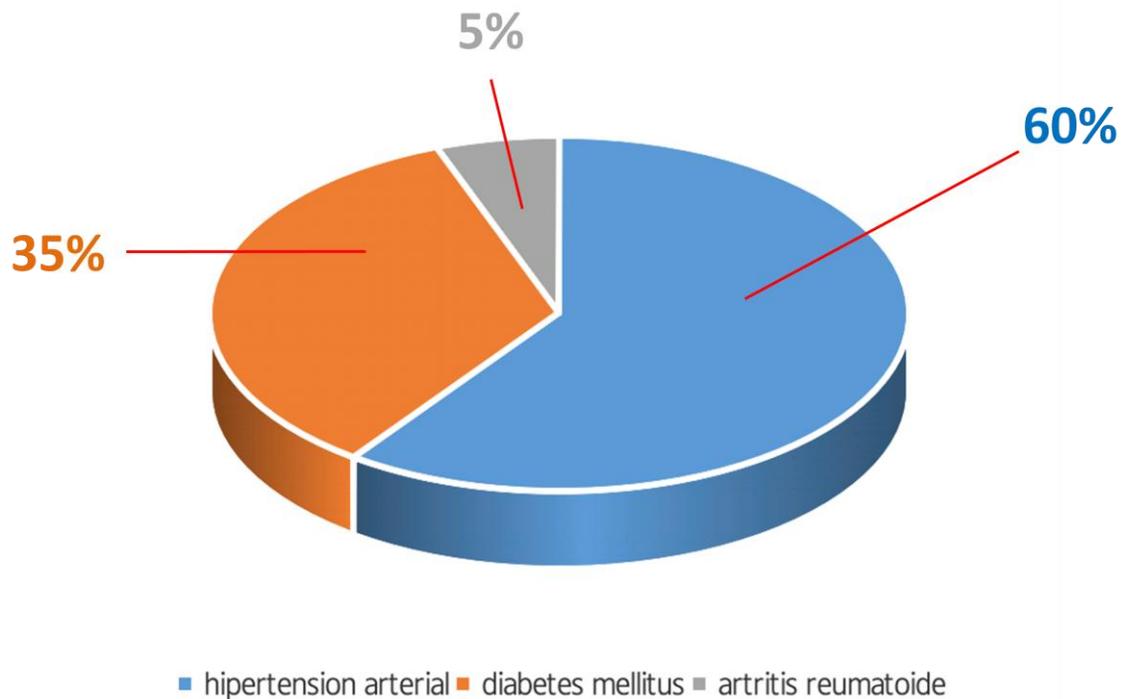
¿Cuál enfermedad crónico degenerativa?

Causa de su depresión	No. paciente
Enfermedad crónica	11
Problemas familiares	8
No contar con dinero	4
Otras causas	7

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Gráfico No. 1

Distribución de Adultos Mayores con Enfermedades Crónicas



*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa que la enfermedad crónica más preponderante en los tres municipios, es la Hipertensión Arterial, seguida en segundo lugar de Diabetes Mellitus tipo 2 y por último lugar y con menos frecuencia la Artritis Reumatoide.

Tabla 2.

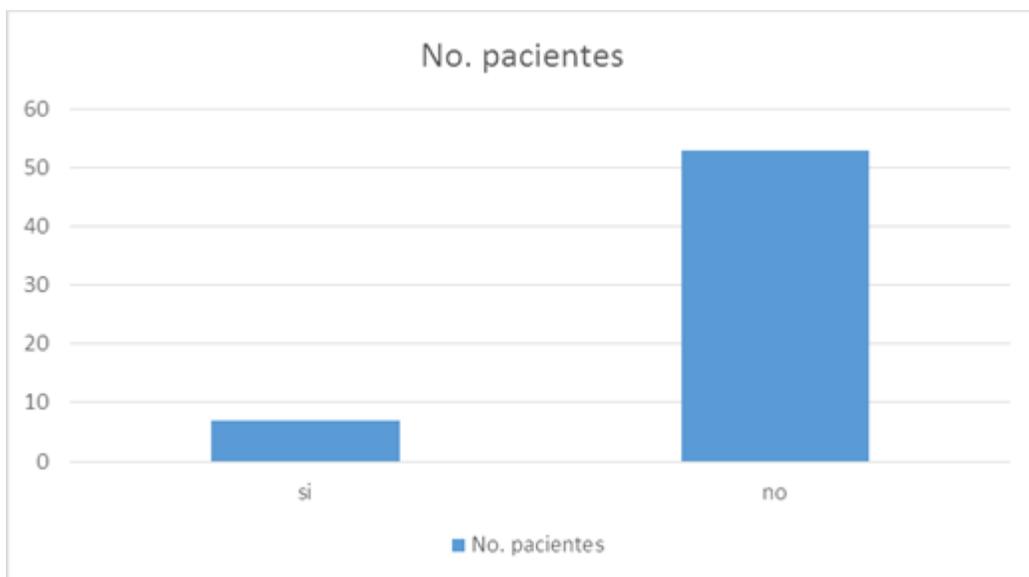
Accidente en adulto mayor.

	No. de pacientes
Sí	7
No	53
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Gráfico No. 2

Distribución de Adultos Mayores que han sufrido ataques delincuenciales recientemente



*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

En esta gráfica se observa claramente de que el número de casos de delincuencia acaecidos recientemente han sido con baja frecuencia en el grupo de adultos mayores de los tres municipios investigados.

Tabla 3

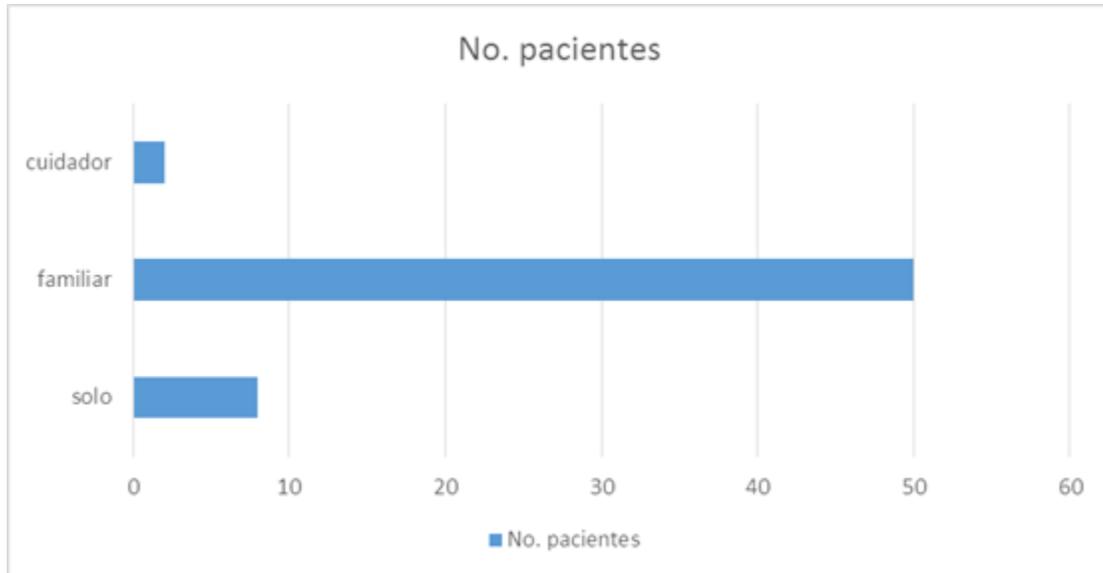
Presencia de pandillas.

	No. de pacientes
Sí	20
No	40
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Grafico 3

Distribución de Adultos Mayores que viven solos o con otra modalidad de acompañamiento



*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa de forma marcada que los Adultos Mayores de los tres municipios investigados tienen el resguardo de sus familiares, una minoría vive sola, y un menor número de casos son resguardados por un cuidador que es ajeno al grupo familiar.

Tabla 4.

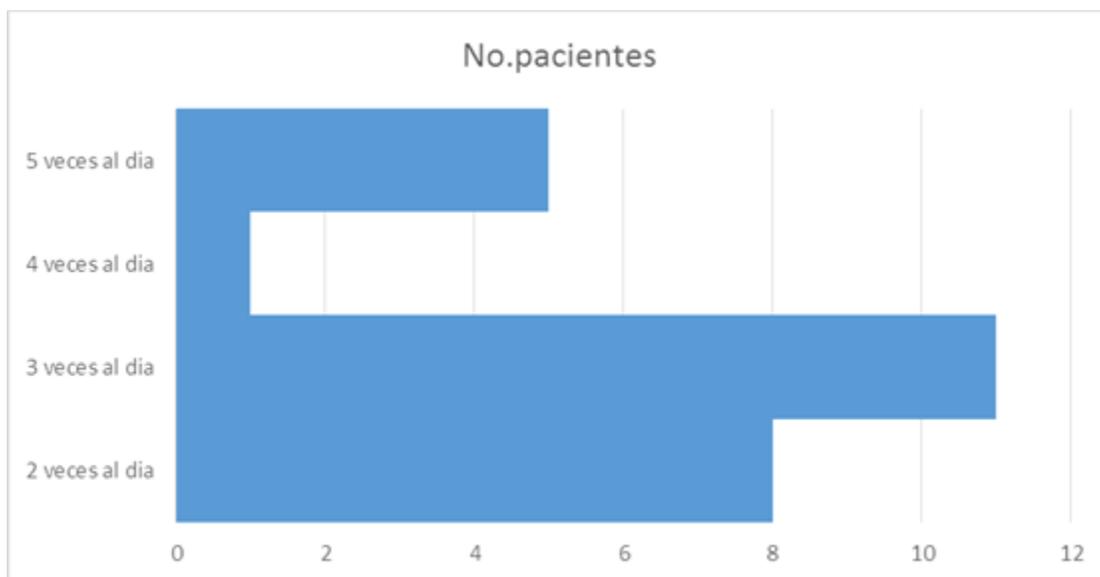
Preocupación o atención de familiares.

	No. de pacientes
Sí	49
No	11
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Gráfico No. 4

Hábitos de alimentación en los Adultos Mayores



*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa que en la mayoría de los Adultos Mayores de los tres municipios investigados, hacen 3 tiempos de comida al día, seguido por los que comen 2 veces al día, luego por los de 5 veces al día y por último los que realizan 4 tiempos de comida al día.

Tabla 5.

Consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.

	No. de pacientes
Sí	5
No	55
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Tabla 6.

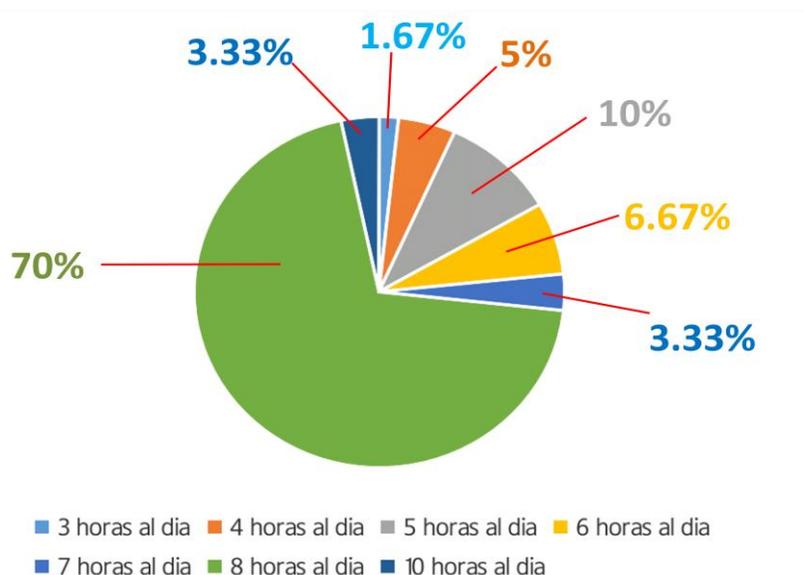
Perdida de algún familiar recientemente.

	No. de pacientes
Sí	4
No	56
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Gráfico No. 5

Número de horas que duerme al día en los Adultos Mayores de los municipios de Rosario de Mora, Joateca y Tamanique.



*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa claramente que la mayor parte de Adultos Mayores de los tres municipios investigados duermen 8 horas cada día, seguido por los que duermen 5 horas al día, los de 6 horas, los de 4 horas cada día, los de 7 y 10 horas cada día, y por último un caso de que duerma solamente 3 horas cada día.

Tabla 7.

Satisfacción con la vida.

	No. de pacientes
Sí	52
No	8
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamaniq, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Tabla 8.

Sentimientos de felicidad la mayor parte del tiempo.

	No. de pacientes
Sí	54
No	6
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamaniq, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Tabla 9.

Sentimientos de desamparo.

	No. de pacientes
Sí	14
No	46
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamaniq, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Tabla 10.

Sentimientos de inutilidad o minusvalía

	No. de pacientes
Sí	14
No	46
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Tabla 11.

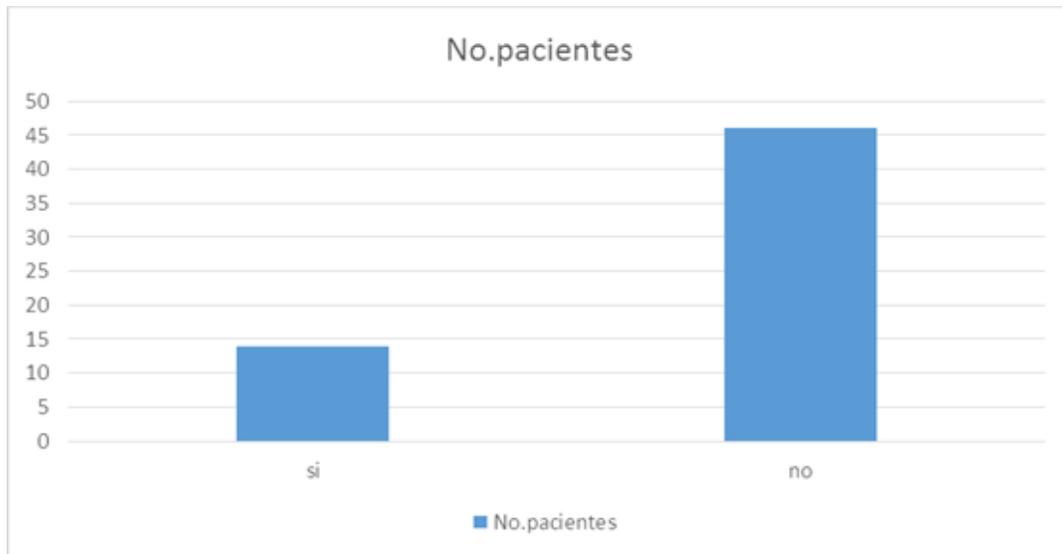
Sentimientos de tristeza.

	No. de pacientes
Sí	30
No	30
Total	60

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamanique, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Grafico 6.

Adultos Mayores que presentan Depresión

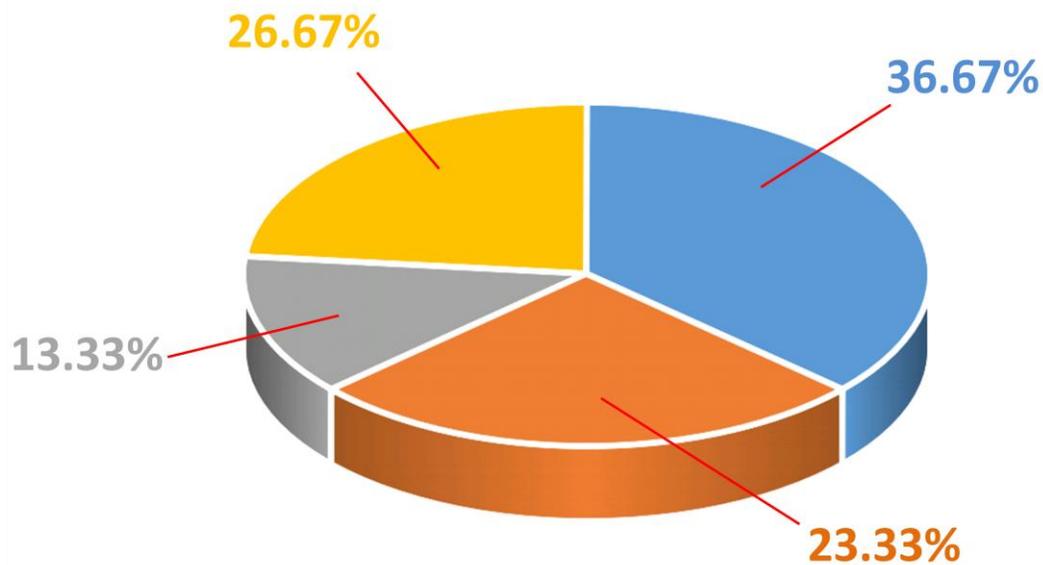


*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Tamaniq, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa en esta gráfica que se han encontrado un número bajo de casos de Depresión en el grupo de Adultos Mayores de los tres municipios investigados.

Gráfico 7.

Distribución de Adultos Mayores por causas de Depresión



■ enfermedad crónica ■ problemas familiares ■ no contar con dinero ■ otras causas

*Fuente: instrumento cuestionario con el cual se entrevistó a los adultos mayores de los municipios de R. de Mora, Joateca y Támaraque, en el período comprendido de Febrero a Julio de 2016.*

Se observa que la causa más preponderante de Depresión que hacen referencia los Adultos Mayores en los tres municipios investigados, son la enfermedad crónica, seguida de los problemas familiares, en tercer lugar por no contar con dinero y por último otras causas con un menor número de casos.

# ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Con los resultados encontrados durante la investigación se puede observar que la incidencia de depresión en adultos mayores es baja lo cual contrasta con otros estudios los cuales afirman que los adultos mayores tienden más a presentar depresión.

Estos datos indican que además las enfermedades crónico degenerativas están relacionadas con la presencia de trastornos del afecto así como la pérdida de capacidades cognitivas de forma subsecuente y el abandono de parte de familiares. Aunque es en parte limitado por el tamaño de la muestra la cual fue decidida por la capacidad de manejo de datos del equipo investigador.

También hay que mencionar que los resultados revelan una escasa relación que tiene la depresión en adultos mayores con la delincuencia, la cual se encuentra muy presente en los municipios de Rosario de mora, Tamanique y Joateca. Tal vez debido a las condiciones propias de los municipios.

Con estos resultados se aporta que las condiciones como las enfermedades crónicas están relacionadas con casos de depresión en adultos mayores en el país y como base a futuras investigaciones sobre el tema.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

## CONCLUSIONES.

### General:

En los municipios de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca hay baja incidencia de depresión en adultos mayores y está directamente relacionada con enfermedades crónicas degenerativas, violencia social y soledad o abandono familiar.

### Conclusiones específicas:

1. Las causas de trastornos afectivos como depresión en adultos mayores en los municipios de Rosario de Mora, Tamanique, Joateca son: Enfermedades crónicas degenerativas, abandono familiar y falta de recursos económicos.
2. La delincuencia no tiene mayor incidencia como causa relacionada con la depresión en los adultos mayores de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca.
3. Pertenecer a la tercera edad, padecer una enfermedad crónica degenerativa, abandono familiar, además de alteraciones en el patrón del sueño y falta de apetito son características comunes a quienes padecen depresión durante la tercera edad en los municipios de Rosario de mora, Tamanique y Joateca.

## RECOMENDACIONES.

*A las UCSF y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:*

- Incluir la promoción de la salud mental periódicamente y actividades de inclusión en base a sus gustos, habilidades y experiencias adquiridas de toda su vida a los grupos del Adulto Mayor en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca.
- Introducir en el perfil de salud, pruebas psicométricas y psicológicas en las evaluaciones de adulto mayor, sobre todo, si presenta enfermedad crónico degenerativa, violencia social o abandono, para obtener una visión más integral del paciente mayor y de su entorno en la atención primaria.
- Realizar actividades que refuercen la Nutrición adecuada en el adulto mayor, así como en la modificación de estilos de vida por hábitos saludables, con más atención si el adulto mayor padece enfermedades crónico degenerativas, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca.
- Capacitar en forma adecuada al personal de salud para detectar oportunamente comportamientos que sugieran depresión en el adulto mayor, con más énfasis si padece de enfermedades crónico degenerativas, violencia social o abandono, para un tratamiento oportuno, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca.
- Reforzar en los grupos del adulto mayor, su autoestima, así como las relaciones con sus hijos y con sus nietos, más si el adulto mayor ha sido víctima de abandono, para incidir en modificar su estilo de vida inoperante de minusvalía, tanto para ellos mismos como para su entorno; en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de Rosario de Mora, Tamanique y Joateca.

## RECOMENDACIONES.

*A la Universidad de El Salvador:*

- Implementar a mediano plazo cursos, capacitaciones o diplomados en el Abordaje de la Salud Geriátrica impartidos por personal competente en el ramo, al personal de Salud Comunitaria de la Universidad, así como al personal médico del área hospitalaria para reducir los casos de mala praxis terapéutica y discriminación en la atención hacia este grupo de edad.
- Incluir en los programas de las Atenciones Comunitarias en las carreras relacionadas con la Salud en la Universidad, nuevos perfiles orientados hacia la atención primaria geriátrica, para identificar y atender de forma oportuna Depresión y otras morbilidades.
- Orientar en la práctica sistemática del visiteo comunitario realizado por alumnos en formación de las carreras en salud, esfuerzos dirigidos hacia la identificación no sólo de enfermedades crónicas en los adultos mayores, sino que también, de enfermedades que involucren deterioro de su salud mental como la Depresión o sean víctimas de violencia, para un abordaje integral de la persona y de su entorno para incidir en su calidad de vida, refiriéndolos oportunamente.

## BIBLIOGRAFÍA.

### Textos:

Martínez de Barrientos, Evelyn Yaneth; Rivera, Jaqueline Karina (2011) ” Depresión en el adulto mayor estudio descriptivo a realizarse con personas adultas mayores institucionalizadas en el hogar de ancianos San Vicente de Paul, San Salvador entre meses de Agosto a Diciembre del año 2011”

González Pinto, Ana; López Peña, Purificación; Vallejo Ruiloba, Julio (2009) ” Manual de Psiquiatría 2009 ” Cap.: Depresión unipolar y otras depresiones.

### Revistas:

Vol. 278 Lebowitz, B.D;L, Schneider; L.S, Reynolds; Pearson, Joel; (1997)“Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus stamen update”. Journal of the American Medical Association 1997 6,Vol. 278

Vol 29Martínez Hernández, Olivia (2007)“Depresión en el adulto mayor” Revista medica electrónica. Hospital psiquiátrico docente provincial, matanzas cuba 2007.7, 8,9 Vol 29

### Páginas web:

H, Szachta, KarakulaJuchnowicz; P, Opolska “The role of IgG hypersensitivity in the pathogenesis and therapy of depressive disorders” **www.Researchgate.net.**

Aguilar Navarro, Sara; Ávila Funes, José Alberto; “La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor” México, D.F. **www. Researchgate.net.**

Birrer RB, Vemuri SP, (2004) “Depression in later life: a diagnostic and therapeuticchallenge. Am Fam Physician 2004” **www.ncbi.nlm.nih.gov/Pudmed**

Penninx BW, (1999) ” Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. Am J Public Health 1999”.**www.ncbi.nlm.nih.gov/Pudmed**

# ANEXOS.

## ANEXO 1

### INSTRUMENTO.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

1. Padece alguna enfermedad crónica degenerativa : si: \_\_ no: \_\_

Cual: \_\_\_\_\_.

2. Ha sufrido algún accidente: \_\_\_\_\_.

3. Ha sido víctima de delincuencia recientemente: \_\_\_\_\_.

4. Hay presencia de pandillas en la zona donde vive: \_\_\_\_\_.

5. Vive solo o con un familiar y/o cuidador: \_\_\_\_\_.

6. Se preocupan por usted sus familiares: \_\_\_\_\_.

7. Cuantas comidas realiza al día: \_\_\_\_\_.

8. Consume bebidas alcohólicas y/o fuma: \_\_\_\_\_.

9. Ha perdido algún familiar recientemente: \_\_\_\_\_.

10. Cuantas horas duerme al día: \_\_\_\_\_.

11. Está satisfecho con su vida: \_\_\_\_\_.

12. Se siente feliz la mayor parte del tiempo? \_\_\_\_\_.

13. Se siente con frecuencia desamparado: \_\_\_\_\_.

14. Se siente inútil o despreciable: \_\_\_\_\_.

15. En la última semana se siente triste o deprimido: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2.

DSM-IV-TR:

F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante

F34.1 Trastorno distímico

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

CIE-10

F33 Trastorno depresivo recurrente

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas  
psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con  
síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación

### ANEXO 3.

Criterios de episodio depresivo del CIE-10

**DEBEN CUMPLIR DOS DE LOS CRITERIOS DEL PRIMER GRUPO Y DOS DEL SEGUNDO DURANTE AL MENOS DOS SEMANAS**

Al menos dos de los siguientes:

Tristeza (humor depresivo)

Pérdida de interés

Fatigabilidad (disminución de la vitalidad)

Al menos dos de los siguientes:

Disminución de atención y concentración

Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad

Ideas de culpa y de ser inútil

Perspectiva sombría del futuro

Pensamientos de autoagresiones o actos suicidas

Trastornos del sueño

Pérdida de apetito

**DIAGNÓSTICO SEGÚN GRAVEDAD**

Presentando dos síntomas de cada grupo debe diagnosticarse episodio depresivo leve

Para diagnosticar de moderado, se deben tener dos del primer grupo y al menos tres (preferiblemente cuatro) del segundo.

Para diagnosticar de episodio grave, deben tenerse los tres primeros síntomas y al menos cuatro del segundo, además con una intensidad grave.

#### ANEXO 4.

Diferencias entre la pseudodemencia y la demencia.

Demencia	Pseudodemencia
Los cambios cognitivos ocurren primero	Los cambios de humor ocurren primero
Humor lábil	Humor consistentemente disfórico
Cooperador, pero comete errores en el Mini-mental	No cooperador o no intenta hacer el Mini-mental
Afasia presente	Afasia ausente
Puede disfrutar de las cosas	No puede disfrutar de las cosas
Intenta duramente realizar las tareas	Hace pocos esfuerzos para realizar incluso tareas simples
Infrecuente historia de disfunción psiquiátrica previa	Frecuente historia de disfunción psiquiátrica previa

ANEXO 5.

Tabla 3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage, 1983)		
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE		
ÍTEM	PREGUNTAS	PUNTUACIÓN (1 punto si responde:)
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	No
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	Sí
3	¿Siente que su vida está vacía?	Sí
4	¿Se siente frecuentemente aburrido?	Sí
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	No
6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	Sí
7	¿Suele estar de buen humor?	No
8	¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	Sí
9	¿En general se siente usted feliz?	No
10	¿Se siente a menudo abandonado?	Sí
11	¿Está muchas veces intranquilo e inquieto?	Sí
12	¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	Sí
13	¿Se suele preocupar por el futuro?	Sí
14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	Sí
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	No
16	¿Se siente a menudo triste?	Sí
17	¿Se siente inútil?	Sí
18	¿Se preocupa mucho del pasado?	Sí
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	No
20	¿Le resulta difícil poner en marcha nuevos proyectos?	Sí
21	¿Se siente lleno de energía?	No
22	¿Se siente sin esperanza?	Sí
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	Sí
24	¿Suele estar preocupado por pequeñas cosas?	Sí
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	Sí
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	Sí
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	No
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	Sí
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	No
30	¿Su mente está tan clara como antes?	No
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
0-10 normal		
11-14 depresión (sensibilidad 84 %, especificidad 95 %)		
>14 depresión (sensibilidad 80 %, especificidad 100 %)		

## ANEXO 6.

**Anexo 1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (15-GDS), reordenada comenzando con las preguntas correspondientes a la versión abreviada de 5-ítems (5-GDS). Los ítems de 5-GDS son presentados en letra cursiva negrita. La escala tiene un formato si-no, las respuestas sugerentes de depresión están señaladas con un asterisco**

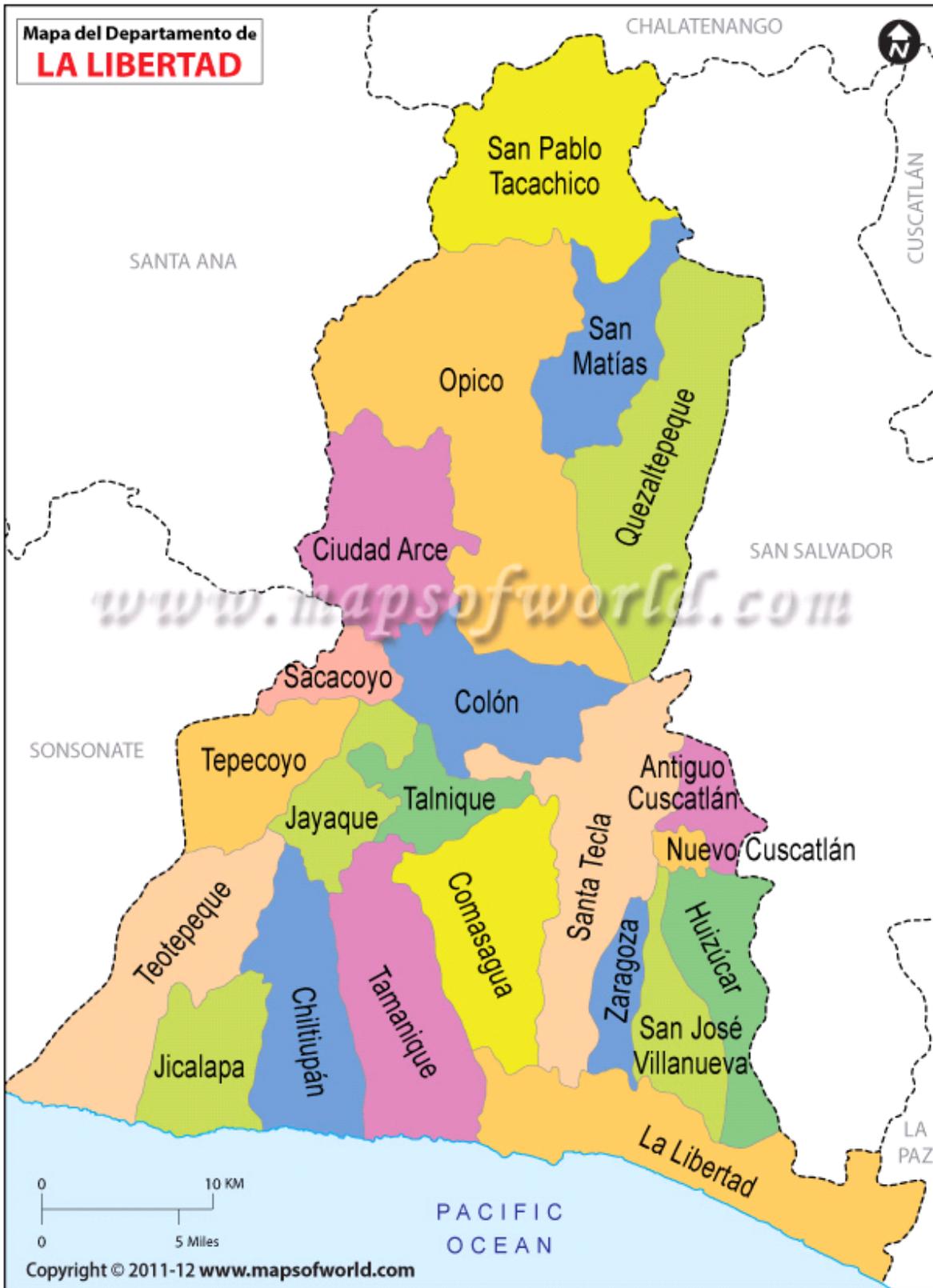
1. <i>¿Se siente básicamente satisfecho con su vida?</i>	Si-No*
2. <i>¿Se aburre con frecuencia?</i>	Si*-No
3. <i>¿Se siente inútil frecuentemente?</i>	Si*-No
4. <i>¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?</i>	Si*-No
5. <i>¿Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada?</i>	Si*-No
.....	
6. ¿Siente que su vida está vacía?	Si*-No
7. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Si-No*
8. ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	Si*-No
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si-No*
10. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Si*-No
11. ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	Si*-No
12. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?	Si-No*
13. ¿Se siente lleno de energía?	Si-No*
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	Si*-No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted?	Si*-No

Sugiere depresión: para 15-GDS un puntaje  $\geq 5$ ; para 5-GDS, un puntaje  $\geq 2$ .

ANEXO 7.



ANEXO 8



ANEXO 9.



