

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

FACULTAD DE MEDICINA.

ESCUELA DE POSGRADO.



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA, GUÍA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA EL
MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR.**

Presentado Por:

Dra. Cheibi Zuddhi Romero Caballero.

Para optar al título de:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL.

Asesor metodológico:

Dr. Wilson Avendaño.

Asesores temáticos:

Dr. Ricardo Méndez Flamenco. Psiquiatra

Dra. Damaris Elisa Pereira. Psiquiatra

San Salvador, El Salvador, Julio 2020

Agradecimientos:

Le doy gracias a Dios por permitirme tener a mi familia completa, la cual me ha apoyado incondicionalmente en cada decisión y proyecto emprendido, a mis maestros que me transmitieron y enseñaron a disfrutar y creer aún más en la psiquiatría que tanto amo y hoy más que nunca he sabido disfrutarla, a mis asesores Dra. Damaris Pereira y Dr. Wilson Avendaño por llevarme por el buen camino y su guía excepcional a su carisma y a su gran corazón, a Jhonny Ticas que no dejó de creer en mi trabajo, a mis amigas Denisse Moran y Patricia Arias por ser mis guías y mi inspiración y modelos a seguir para llegar a ser una mejor profesional y mujer y especialmente gracias a Rolando Sánchez, mi crítico, mi asesor, mi pareja, mi cómplice y mi arquitecto en este proyecto y que nunca me dejó rendirme.

Dedicatoria.

Este trabajo está dedicado a todo el personal que tiene la dicha de poder servir, atender y ayudar a esas joyas, a esas luciérnagas que brillaron intensamente y que hoy en día siguen brillando, pero a lúmenes que solo personas extraordinarias pueden notar.

Dedicado a los pacientes y familiares de aquellos adultos mayores que padecen este cuadro tan complejo, como lo es la depresión.

A Don José Daniel Flores, una de las personas más guerreras que pude conocer, nos quedamos con una plática pendiente Don Danny.

Índice:	Página
1. Introducción	5
2. Objetivos	7
3. Glosario	8
4. Descripción del problema	10
5. Descripción de las intervenciones y actividades	26
5.1. Promoción	26
5.2. Prevención	27
5.3. Detección	29
5.4. Diagnóstico	30
5.5. Tratamiento e intervenciones	39
6. Definición de roles por niveles de atención	50
7. Control del paciente adulto mayor con depresión	55
8. Rehabilitación	56
9. Seguimiento	58
10. Flujogramas y algoritmos de manejo	59
11. Anexos	66
12. Bibliografía	74

Gráficas:

Gráfica 1. Estructura poblacional de El Salvador	12
Gráfica 2. Brecha entre Esperanza de vida y Esperanza de vida saludable de El Salvador	12
Gráfica 3. Prevalencia de trastornos depresivos mayores El Salvador 2016	13
Gráfica 4. Tasa de mortalidad por autolesión en El Salvador	14

Tablas:

Tabla 1. Cambios y consecuencias del proceso de envejecimiento	16
Tabla 2. Factores de riesgo para desarrollo de depresión en el adulto mayor.	22
Tabla 3. Enfermedades asociadas con depresión en el adulto mayor	34
Tabla 4. Medicamentos asociados con depresión	36
Tabla 5. Puntos a recordar durante la prescripción de antidepresivos en los adultos mayores	40
Tabla 6. Medicamentos antidepresivos	42
Tabla 7. Intervención psicoterapéutica para pacientes adultos mayores con depresión	44
Tabla 8. Monitoreo y combinaciones contraindicadas en el adulto mayor	48

1. Introducción:

Debido al aumento de la esperanza de vida en la población general, la proporción de adultos mayores está aumentando rápidamente en todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y desarrollo socioeconómico debido a los diversos avances tecnológicos y científicos, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse para mejorar y preservar la salud y capacidad funcional de las personas mayores, así como asegurar su participación social y seguridad.

La depresión del adulto mayor representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones de salud que atienden este grupo etario. El personal sanitario de atención primaria es una pieza clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo.

(1)

De esta manera, la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno con el propósito de impedir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente adulto mayor. Se requiere de un tratamiento interdisciplinario y considerar los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento para la correcta selección de un tratamiento psicofarmacológico de ser necesario.

Al momento no existen guías clínicas para el manejo de la depresión en el adulto mayor en nuestro país, que nos orienten para hacer diagnósticos tempranos, lineamientos que faciliten el establecimiento de actividades de promoción y prevención en pro de la salud mental del adulto mayor, selección de tratamiento adecuado y métodos de seguimiento de estos casos, por lo tanto, es de suma importancia proponer una guía clínica que brinde las herramientas necesarias de atención a esta población dentro de nuestra institución.

El personal objetivo de esta guía son psiquiatras, médicos generales, médicos familiares y cualquier otra especialidad involucrada en la atención y manejo de adultos mayores (personas mayores de 60 años) con síntomas o rasgos depresivos,

que consultan en Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), así como también personal de enfermería, psicólogas y trabajadores sociales.

2. Objetivos

- **Objetivo general:**

Establecer una guía clínica para el tratamiento de la depresión en el paciente adulto mayor que consulta en los diferentes niveles de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a fin de proporcionar al personal de salud herramientas que orienten su práctica clínica en aras de una atención integral y adecuada a este subgrupo etario.

- **Objetivos específicos:**

- 1) Facilitar la identificación de síntomas depresivos en pacientes adultos mayores que consultan en los diversos niveles de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).
- 2) Brindar una evaluación integral al paciente adulto mayor que consulta con síntomas depresivos, siguiendo los pasos establecidos.
- 3) Facilitar la selección del tratamiento más adecuado según el diagnóstico psiquiátrico en los pacientes adultos mayores, en base a la categoría de evidencia y nivel de recomendación.
- 4) Promover actividades y acciones de prevención en pro de la salud mental del adulto mayor.
- 5) Establecer el manejo y seguimiento de casos enfocados en este grupo etario.

3. Glosario:

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

CI: Coeficiente intelectual.

ECA: Ensayo Controlado Aleatorios

TEC: Terapia Electro convulsiva.

Adulto mayor: Todo hombre o mujer con 60 años o más en países subdesarrollados.

Agitación/enlentecimiento psicomotriz: movimientos acelerados e involuntarios propósito/Disminución en la velocidad de los movimientos normales.

Anancásticos: persona perfeccionista, híper responsable, exigentes con sí mismo, amantes del orden, que no produce malestar en el individuo con dichos rasgos.

Capacidad Intelectual: Habilidades necesarias para realizar tareas mentales, puede aplicarse en entornos académicos y laborales.

Comorbilidad: enfermedad simultánea a otra, 2 o más enfermedades al mismo tiempo.

Cognoscitivo: Proceso a través del cual el individuo es capaz de generar y asimilar conocimientos.

Depresión: Estado de ánimo donde los sentimientos de tristeza, frustración inutilidad o ira intervienen con la vida diaria por semanas o periodos más largos de tiempo

Descompensación: presencia de un desequilibrio en el organismo que se manifiesta con la presencia de signos y síntomas de una enfermedad previamente controlada.

Estresor Psicosocial: factor de origen exógeno al individuo que predispone al desarrollo de enfermedades cuyos efectos impactan la calidad de vida y salud del mismo en el transcurso de su vida.

Ideas delirantes: creencias falsas basadas en una interpretación incorrecta de la realidad, firmemente sostenida por la persona, a pesar que los demás no lo crean y que no puede ser probada.

Juicio Crítico: Razonar correctamente, juzgar los contenidos o situaciones con uso de lógica y disciplina.

Mecanismos de negación: Mecanismo de defensa que consiste en negar la existencia de algo, debido a un rechazo ya que se considera desagradable.

Medicamento Antidepresivos: Medicamentos utilizados para tratar principalmente la depresión, que mejoran el estado de ánimo al estabilizar niveles de sustancias químicas en el cerebro.

Narcisistas: persona con un sentido desmesurado de su propia importancia, necesidad profunda de atenciones excesivas y admiración, carente de empatía.

Nicturia: expulsión involuntaria de orina durante la noche.

Personalidad: Conjunto de rasgos y cualidades que configuran la manera de ser de una persona y la diferencian de los demás.

Prevalencia: proporción de personas que sufren de una enfermedad con respecto a la población total, total de casos que ya existen.

Quejas somáticas: percepciones o sensaciones de malestar en el cuerpo benignos y transitorios.

Razonamiento Abstracto: es la capacidad de descomponer un todo en cada una de sus partes para analizar distintos aspectos de una misma realidad.

Síntomas Psicóticos: ideas o percepciones fuera de la realidad de los síntomas principales son los delirios y las alucinaciones.

Sub diagnóstico: Se refiere a cuando no se detecta o no se diagnostica una enfermedad, dando resultados inferiores a los casos realmente existentes.

Tolerancia a Medicamentos: ocurre cuando el cuerpo se acostumbra a un medicamento, se necesita una mayor cantidad para obtener efecto deseado.

4. Descripción del problema:

Los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás y tienden a presentar un curso crónico.

Los adultos mayores, quienes según la definición de la Organización Mundial de la Salud son todos aquellos individuos que tienen una edad de mayor o igual a 60 años en países en vías de desarrollo, y de 65 años o más en países desarrollados, pueden continuar siendo personas productivas para la sociedad, ser miembros valiosos dentro de su familia y comunidad; sin embargo, el riesgo de presentar alteraciones en su estado de salud aumenta con el tiempo. Se calcula, que la población adulta mayor de 60 años casi se duplicará entre 2015 y 2050, pasando de 12 a 22% de la población mundial (OMS). Este crecimiento afecta del mismo modo la cantidad de adultos mayores atendidos en el área hospitalaria de psiquiatría, donde cada día se vuelve más necesaria una atención especializada de acuerdo a las necesidades y características propias de este grupo poblacional, mediante la implementación de programas y guías clínicas que faciliten, agilicen y mejoren la calidad de la atención, previniendo complicaciones de su estado de salud.

La depresión cada día cobra mayor importancia; se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados, por lo que el diagnóstico adecuado y oportuno permitirá brindar un manejo integral que incluye psicoterapia y tratamiento médico, lo que mejora de manera significativa la calidad de vida y el pronóstico de estas personas. ⁽²⁾

Existe un sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión, por lo tanto, también en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en

el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios. ⁽³⁾

El ISSS al momento no cuenta con una Guía Clínica enfocada en la atención del adulto mayor con depresión por lo cual se propone en base a una revisión bibliográfica en este sentido el establecimiento de una guía con el objetivo de establecer las intervenciones y actividades a realizar en pro de la salud mental, por medio de la promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, referencia, control, rehabilitación y seguimiento que faciliten la aplicación de las mismas.

Charles Minot (1908) consideraba que el envejecimiento comenzaba desde el nacimiento cuando el ritmo de crecimiento celular comienza a descender.

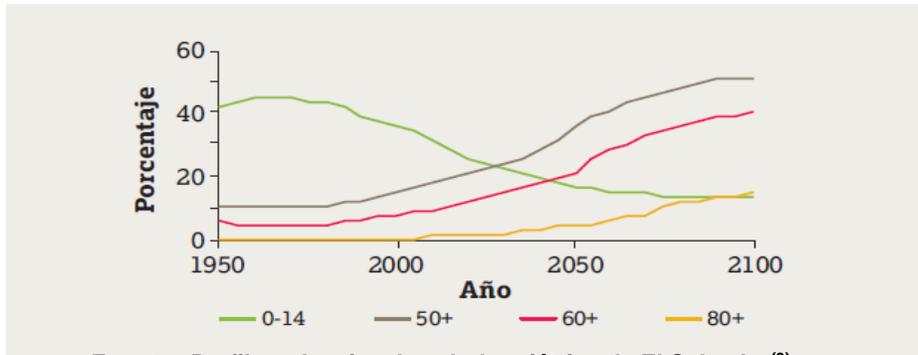
En 2015, la OMS publicó los elementos para propiciar el envejecimiento saludable; ahí se destacan acciones en tres ejes: servicios de salud, atención a largo plazo y entornos donde se desenvuelve la persona mayor. Asimismo, se señala que las intervenciones socio-sanitarias habrán de diseñarse según la fase en que se encuentre el individuo respecto a su capacidad funcional e intrínseca:

- Personas con niveles altos y estables de capacidad intrínseca.
- Personas que se encuentren con algún deterioro de sus capacidades.
- Personas que tienen pérdidas significativas de la capacidad. ⁽²⁾

Epidemiología: Envejecimiento en El Salvador.

La población de El Salvador superará los 6.7 millones para 2030. La población mayor de 60 años y más continuará aumentando, mientras que la población más joven de 0 a 14 años continuará disminuyendo hasta el 2050 (Gráfica 1).

Gráfica 1: Estructura poblacional de El Salvador.

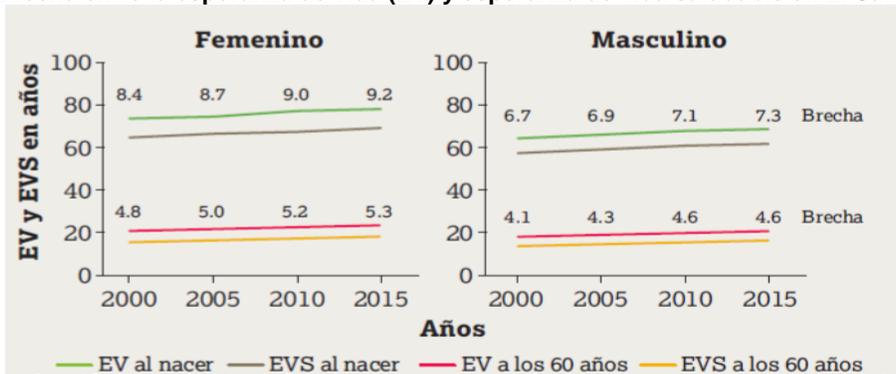


Fuente: Perfil tendencias de salud geriátrica de El Salvador⁽³⁾.

Para el 2045, se espera que la proporción de la población de 60 años o más supere a la que comprende las edades entre 0 y 14. Se prevé que la proporción de personas de 60 años o más en la población total aumente al 22,10% en 2050, en comparación con el 11,6 % en 2017.4

Se espera que las mujeres vivan más que los hombres por 9.2 años, debido a la cantidad de años que pasan con mala salud, la brecha entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable es mayor para las mujeres (9.2 años) que para los hombres (7.3 años) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Brecha entre la esperanza de vida (EV) y esperanza de vida saludable en El Salvador



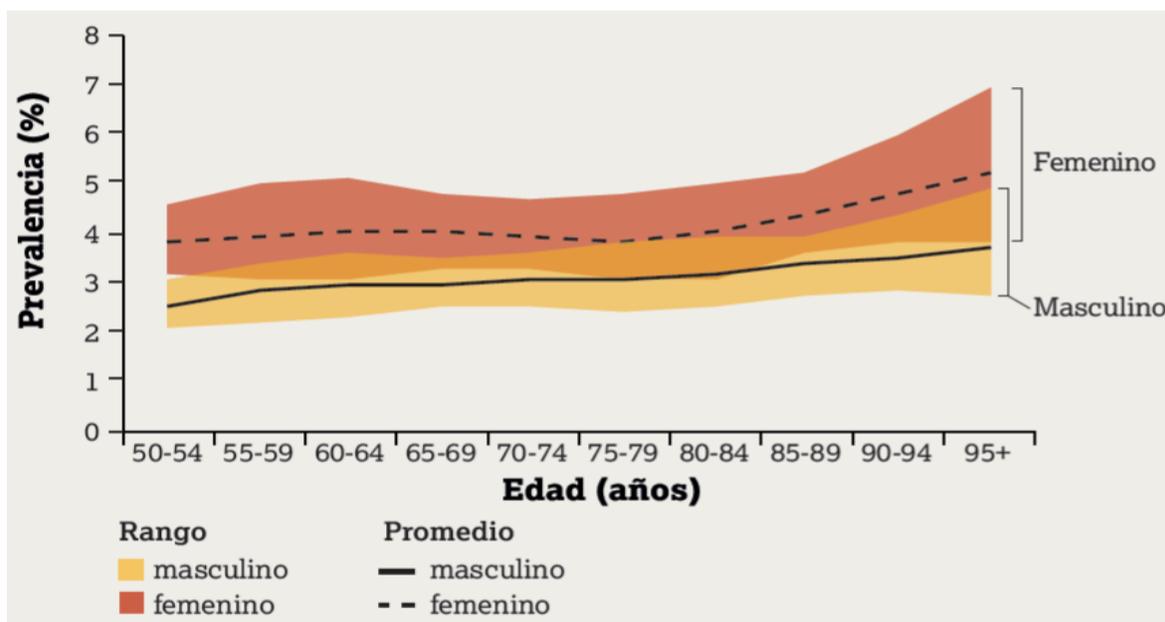
Fuente: Organización Mundial de la Salud. Esperanza de vida y esperanza de vida saludable, datos por país.

La prevalencia de **trastornos depresivos mayores** está aumentando con la edad tanto en hombres como en mujeres (**Gráfico 3**). Las mujeres tienen tasas más altas que los hombres en todos los grupos de edad.

Al observar la carga de muertes que resultan de las lesiones, especialmente de **autolesión**, los hombres muestran tasas más altas que las mujeres en todos los grupos de edad (**Gráfico 4**).

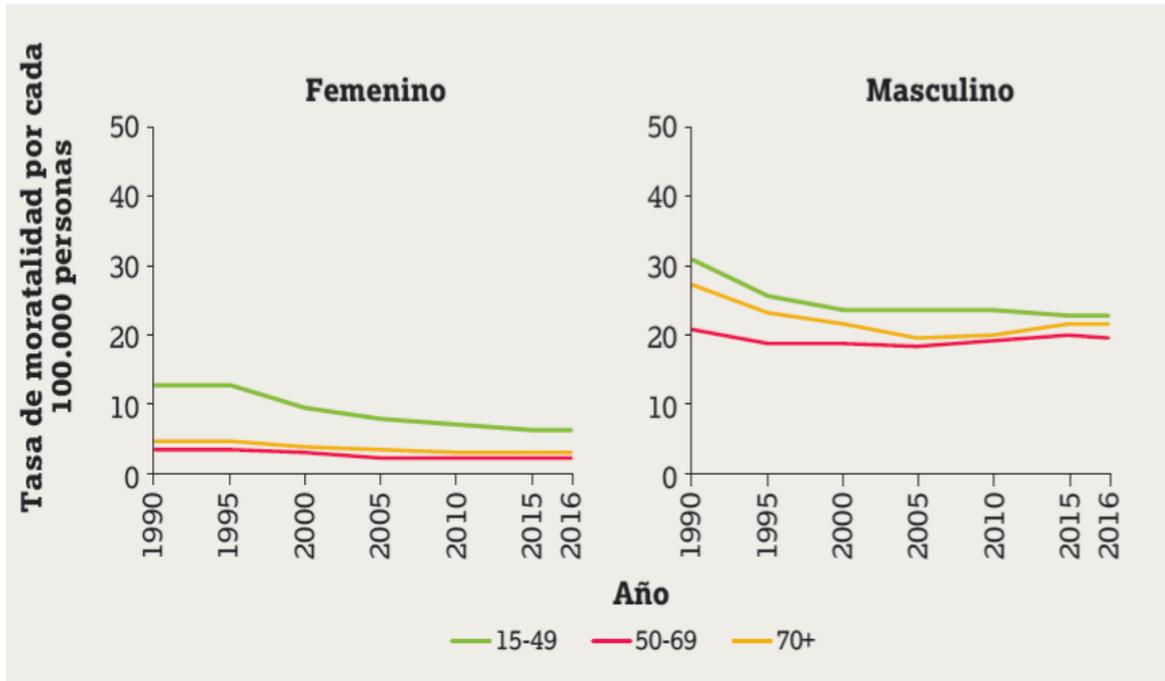
Los grupos más jóvenes tienen tasas de mortalidad más altas que las personas mayores en ambos géneros.⁴

Gráfico 3. Prevalencia de trastornos depresivos mayores en El Salvador, 2016.



Fuente: perfil tendencias envejecimiento y de El Salvador.⁽³⁾

Gráfico 4: Tasa de mortalidad por autolesiones en El Salvador.



Fuente: perfil tendencias de envejecimiento y salud de El Salvador. ⁽³⁾

Epidemiología: Depresión en el adulto mayor:

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente.

La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12% de los casos. La depresión es más frecuente en las mujeres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. ⁽⁵⁾ Es más común en quienes viven solos, carecen de estudios, padecen alguna patología física o psíquica, presentan mayor deterioro cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida. ⁽⁶⁾ Varios estudios indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica:

hospitalizados, institucionalizados, enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómico desfavorecidos. ⁽⁵⁾ Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general 2-3 veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud. ⁽⁷⁾

Consideraciones Fisiopatológicas:

La primera evidencia objetiva de que se está envejeciendo, es a simple vista la aparición de canas en el cabello y arrugas en la piel, una de las manifestaciones externas de los cambios que se han ido produciendo en el organismo y en las funciones de las personas durante los años vividos. Vale decir, que los cambios son externos, internos, generalizados, heterogéneos y universales, que se producen en el transcurso de la vida y que afectan las funciones en las que intervienen; estos cambios por otra parte, dependen en gran medida del estilo de vida de la persona, de las condiciones de salud pre-existentes y de su interacción con el entorno. En la **Tabla 1.** se presenta un resumen de los efectos generales de envejecimiento en los órganos y sistemas, y sus consecuencias. ⁽⁸⁾

Los adultos mayores experimentan una serie de cambios asociados al envejecimiento que determinan que su fisiología sea muy distinta a la de los sujetos en edad media de la vida. Esto debiera implicar ajustes específicos en su cuidado y supervisión de salud. ⁽⁹⁾ La actividad de la serotonina y su unión a los receptores 5-HT_{2A} disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente

en la fisiopatología de la depresión. La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. De esta manera, la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, así como la inmunosupresión. El cambio en las emociones se acompaña de complejas modificaciones neuroendocrinas donde la secuencia de eventos fisiopatológicos no ha sido bien establecida.

Tabla 1. Cambios y consecuencias del proceso de envejecimiento

Sistemas- Órganos.	Cambios.	Consecuencias.
Piel.	Adelgazamiento de la epidermis, degeneración de fibras elásticas que dan soporte, engrosamiento del colágeno, disminución de glándulas sudoríparas y sebáceas y del flujo sanguíneo por disminución de la vascularización. Canas, cabello fino, arrugas, hundimiento de los ojos, caída del pelo. Lesiones benignas y malignas. Uñas frágiles y engrosadas, especialmente en los pies. Cambios pigmentarios. Placas seboreicas. Hiperqueratosis.	Piel seca y frágil, con predisposición a lesiones, retardo en la cicatrización. Predisposición a úlceras por presión. Disminución de la termorregulación. Dificultad para la adaptación al frío. Prurito.
Sentidos.	Ojos: disminución de la elasticidad del cristalino, sequedad de la conjuntiva, cambios degenerativos en los músculos de la acomodación. Aparición del arco senil alrededor de la córnea. Oído: disminución de la audición de alta frecuencia. Excesiva acumulación de cerumen. Disminución de la producción de endolinfa. Degeneración del Órgano de Corti. Olfato, gusto y fonación: atrofia de las mucosas, degeneración	Deterioro de la visión, dificultad para ver de cerca, dificultad para el cálculo de profundidad y la discriminación de los colores, disminución de producción de lágrimas. Dificultad para discriminar sonidos y la percepción, localización y discriminación de los sonidos. Alteraciones en el equilibrio,

	neuronal, reducción de las papilas gustativas, atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.	deterioro del control postural reflejo. Deterioro en el sentido del gusto y olfato; disminución en el reflejo de la tos y la deglución; cambios en la voz.
Sistemas- Órganos.	Cambios	Consecuencias.
Sistema Osteomuscular.	Disminución de la masa muscular, de la potencia y resistencia de los músculos. Disminución de la densidad ósea. Cambios degenerativos en ligamentos, tejidos peri articulares y cartílagos. Disminución en la elasticidad y resistencia en las articulaciones. Rigidez articular	Disminución de la fuerza muscular. Pérdida de masa corporal. Dolor articular. Calambres. Disminución de la estatura, cifosis. Limitación de movimientos. Alteraciones de la marcha.
Sistema Cardiovascular	Disminución de la elasticidad de la media arterial con hiperplasia de la íntima. Incompetencia valvular venosa. Calcificación en las válvulas cardíacas. Rigidez en paredes venosas. Aumento en la resistencia periférica. Disminución del gasto cardíaco. Deterioro de la microcirculación.	Insuficiencia venosa. Predisposición a trombo embolismos. Mayor riesgo de hipertensión arterial. Disminución en la capacidad para realizar actividad física. Aparición de soplos cardíacos.
Sistema Respiratorio.	Atrofia y pérdida de la elasticidad alveolar. Degeneración del epitelio bronquial y de las glándulas mucosas. Reducción de la elasticidad y calcificación de los cartílagos costales. Debilidad de músculos respiratorios.	Disminuye la capacidad vital y la eficiencia respiratoria. Disminución de aclaración de moco, movimiento ciliar y tos
Sistema Genitourinario.	Engrosamiento de la membrana basal de la Cápsula de Bowman y deterioro de la permeabilidad; cambios degenerativos en los	Disminuye la capacidad de concentración de orina, se incrementa la cantidad de orina

	túbulos y atrofia y reducción en el número de neuronas. Atrofia de los músculos perineales. Atrofia de la mucosa vaginal. Hiperplasia prostática.	residual en la vejiga; aumento del riesgo de infecciones, nicturia. Incontinencia. Dispareunia. Disminución en la capacidad de excreción del riñón con aumento de susceptibilidad a intoxicación por drogas y efectos secundarios. Dificultad para orinar en hombres, poliaquiuria.
Sistemas- Órganos.	Cambios	Consecuencias
Sistema Gastrointestinal.	Atrofia de mucosa oral y tejidos blandos, retracción de las encías. Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal, reducción del tamaño del hígado; reducción de la velocidad del tránsito intestinal.	Predisposición a edentulismo y enfermedad periodontal. Sequedad de labios y mucosas. Dificultad en la masticación. Mayor reflujo esofágico, retraso del vaciado gástrico.
Sistemas Nervioso.	Disminución del tamaño y peso del cerebro, pérdida progresiva de neuronas. Disminución de procesos dendríticos y sustancia blanca; disminución de la velocidad de conducción nerviosa y aumento del tiempo de respuesta refleja. Disminución en la síntesis e hidrólisis de neurotransmisores y en el número de receptores post-sinápticos.	Enlentecimiento en la coordinación sensoriomotora. Puede observarse disminución en las respuestas intelectuales. Disminución de la memoria reciente. Modificaciones en el patrón del sueño. Disminución en la sensibilidad de los barorreceptores, que predispone a hipotensión postural. Poca sensación de sed. Deterioro en la termorregulación. Puede ocurrir alteraciones en la apreciación del dolor visceral.

Aspectos psicológicos del envejecimiento:

Personalidad:

No existe una personalidad característica de la vejez, sino que va a estar determinada por los rasgos de la vida adulta, en ocasiones se acentúan los rasgos previos. Es frecuente un mayor retraimiento por las limitaciones en las actividades laborales y en las relaciones interpersonales. Las relaciones se hacen más egocéntricas y la inseguridad puede conducir a la dependencia. La forma de enfermar, pato plastia, se encuentra muy influida por la biología produciéndose una relación dinámica entre biología, personalidad y enfermedad.

Se tiende a una mayor rigidez, menor flexibilidad. Pueden utilizarse mecanismos de defensa más rígidos, como la negación al no querer ver los problemas; la proyección al culpar a otros de sus males; la regresión, adoptando conductas pueriles o infantiles. Las personas narcisistas se adaptan peor al proceso de envejecimiento, y al perder relevancia social y poder toleran peor las frustraciones. Los anancásticos que se realizan y auto valoran a través del trabajo pueden sentir un vacío al llegar la jubilación; mientras que las personas dependientes e inseguras pueden acentuar estos rasgos al sentirse frágiles y vulnerables. Como a cualquier edad se necesita compañía, afecto, reconocimiento, seguridad y aceptación. ⁽¹⁰⁾

Inteligencia.

En general resulta muy difícil de medir, el punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y después el proceso declina. La actividad intelectual que se mantenga va a influir de manera importante: cuanto más activo se pueda ser intelectualmente menor es el riesgo de deterioro. En los procesos de aprendizaje nuevo se requiere más tiempo para asimilar el material reciente. Por lo que toca al llamado coeficiente intelectual (CI), permanece estable hasta los 80 años aproximadamente, junto con la habilidad verbal que se mantiene, pero disminuye la velocidad psicomotora para la realización de las tareas.

Memoria.

La memoria es una función bastante vulnerable debido a las diversas estructuras que participan en ella, como el sistema límbico, el hipocampo sobretodo, cerebro basal anterior y ganglios basales. Con la edad se elabora bien el paso de la memoria de corto a largo plazo. Los adultos mayores se enfrentan con grandes problemas en tareas que suponen realizar varias actividades a la vez o cuando la información debe ser organizada. Cuando se exige rapidez rinden peor. En la memoria a largo plazo no hay diferencias con los jóvenes. La edad tampoco influye en conocimientos generales o en semántica. Se conserva la memoria remota y en menor medida la reciente. La memoria inmediata, que se retiene por un periodo breve de tiempo se verá más influida por la edad.

Lenguaje.

La capacidad de comunicación a través del lenguaje es bastante fluida a lo largo de la vida. Los problemas de comunicación pueden proceder más de fallos en la visión y/o en la audición. Recordar nombres o palabras concretas pueden suscitar mayores dificultades en los adultos mayores.

Atención.

Es una función cognoscitiva muy importante para todas las tareas. La atención se ve afectada por la edad, sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente.

Razonamiento abstracto.

En los adultos mayores se presenta una declinación del razonamiento abstracto. Cuando se piden soluciones a problemas concretos cotidianos sus respuestas son excelentes, pero en general, se produce un enlentecimiento en las funciones cognoscitivas. ⁽¹⁰⁾

Factores de riesgo y pronóstico:

Factores de riesgo.

Los principales factores precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson), el infarto al miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y los medicamentos. Los adultos mayores son el grupo de población que más fármacos consume, siendo la media de 6-8 medicamentos al día y es aún mayor en aquellos que se encuentran hospitalizados.

Existen múltiples variables que se asocian a riesgo de depresión en el adulto mayor, las cuales incluyen género femenino, antecedente de episodios depresivos previos, duelo, trastornos del sueño, presencia de enfermedad física, (incluida discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición, dolor crónico), experiencias recientes adversas y pobreza en las relaciones interpersonales. Ver **Tabla 2**.

Otros factores de riesgo son controvertidos, como el menor nivel educacional, estado de salud pobre en términos somáticos, presencia de trastornos cognitivos y aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente.¹¹

Tabla 2. Factores de riesgo depresión en el adulto mayor.

Predisponentes.	Contribuyentes.	Precipitantes.
Estructura de la personalidad. (dependientes, pasivo-agresivos, obsesivos). Aprendizaje de respuesta a situaciones de tensión. Predisposición biológica (genética, neurofisiología, neurobioquímica)	Situación socioeconómica. Dinámica familiar. Grado de escolaridad, actividades laborales de recreación. Pertenencia a grupo étnico específico. Formas de violencia.	Crisis propias de la edad. Abandono. Sentimientos de desesperanza. Aislamiento. Violencia. Muerte de familiares y allegados. Perdidas económicas. Agudización de síntomas de enfermedades crónicas o aparecimientos de enfermedades crónicas. Discapacidad y disfuncionalidad. Dependencia.

Pronostico

El pronóstico de un episodio depresivo mayor en pacientes adultos mayores guarda relación con factores constitucionales y ambientales que varían de un estudio a otro. Sin duda, el pronóstico de la depresión es generalmente bueno en la población de adultos mayores diagnosticados que reciben un tratamiento apropiado

✓ Edad para el primer episodio.

La edad en que se presenta del primer episodio depresivo puede ser un predictor importante de pronóstico, lo mismo que la edad del adulto mayor para el episodio depresivo actual. Las evidencias más recientes señalan que la depresión de inicio tardío guarda una asociación importante con cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico de la depresión geriátrica.

✓ Características Clínicas

En general, se considera que los adultos mayores deprimidos con síntomas psicóticos, por definición presentan un episodio más severo, tienen historia de un

mayor número de episodios depresivos previos que los pacientes con depresión sin psicosis y una respuesta más lenta a las intervenciones farmacológicas, mostrando un riesgo mayor de recaída o recurrencia.

De la misma forma, en pacientes geriátricos se ha sugerido que la presencia de síntomas ansiosos importantes asociados al episodio depresivo se relaciona con un pronóstico menos favorable, debido a la menor respuesta a algunos antidepresivos.

Asimismo, se ha documentado que los pacientes con marcada desesperanza muestran un pronóstico menos favorable. Este grupo de paciente es más dado a abandonar el tratamiento, a los intentos suicidas y a consumir el suicidio. ⁽³⁾ Del mismo modo, se ha informado que el deterioro cognoscitivo asociado con un episodio depresivo se considera habitualmente como un indicador de mal pronóstico en adultos mayores. Igualmente, el número de episodios depresivos previos y la duración del episodio actual pueden ser indicadores de pronóstico en adultos mayores. Se ha observado que a mayor duración del episodio depresivo al momento del diagnóstico y mayor número de episodios previos el pronóstico es menos favorable.

✓ **Tratamiento.**

Los pacientes ancianos se benefician del tratamiento farmacológico al igual que los adultos de mediana edad. No obstante, algunos investigadores muestran que sólo una décima parte de los adultos mayores deprimidos residentes en comunidad reciben el manejo farmacológico indicado; además, de este grupo sólo una cuarta parte recibe dosis antidepresiva en el rango terapéutico; y concluyen que el tratamiento antidepresivo con dosis sub-óptimas se asocia a un pobre pronóstico, es decir, presentan pobre respuesta o remisión incompleta de los síntomas.

✓ **Enfermedades médicas asociadas.**

La prevalencia de enfermedad física es particularmente alta en pacientes geriátricos. La relación entre trastornos depresivos y enfermedades físicas es bidireccional; la depresión empeora el curso y el pronóstico de la condición médica,

y a su vez la presencia de una dolencia física empobrece el pronóstico de la depresión. Algunos estudios informan una relación directa entre la puntuación en síntomas depresivos y la condición de salud del evaluado. Se ha informado que los ancianos que describen su estado de salud como pobre tienen menores probabilidades de recuperarse totalmente de un episodio depresivo, a pesar de un adecuado tratamiento.

✓ **Factores psicosociales.**

La existencia de un estresor psicosocial, como condición previa o desencadenante del episodio actual, siempre ha sido asociada a un mejor pronóstico una vez se hace frente al mismo. La condición económica es un predictor importante de resultados en pacientes con depresión; en todas las edades se ha observado el bajo nivel socioeconómico se asocia a un pobre pronóstico; el apoyo emocional es importante para hacer frente a los estresores de la vida cotidiana; la existencia de un grupo de apoyo familiar y social modifica el curso y el pronóstico de un episodio depresivo, al facilitar la remisión o persistencia de los síntomas, al igual que los factores socioculturales son un elemento capital.

De la misma forma, es importante considerar las características de personalidad, éstas pueden ser un factor determinante del pronóstico de la depresión a corto y a largo plazo. ⁽¹³⁾

Mortalidad.

La depresión en geriatría ha sido asociada con una elevada mortalidad, aún después de controlar las muertes por suicidio; esto no se explica satisfactoriamente por el alto porcentaje de enfermedades físicas entre los pacientes ancianos. Los ancianos deprimidos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y se adhieren con mayor dificultad a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Sin considerar la edad, los trastornos mentales son un factor de riesgo para la consumación del suicidio. El riesgo de suicidio se incrementa en forma considerable en aquellas personas que presentan síntomas depresivos importantes o un franco

episodio depresivo mayor. Habitualmente los pacientes geriátricos con historia de intentos de suicidio previos consultan con frecuencia a servicios de psiquiatría por presentar depresión de larga evolución.

Un estudio informa que el 60% de los ancianos que se suicidaron estaban deprimidos, y sólo el 25% de los mismos recibía tratamiento antidepresivo para el momento que consumaron el suicidio. ⁽¹⁴⁾

Aspectos éticos de la atención del adulto mayor.

La población está envejeciendo. El término ***tsunami de plata*** alcanzó el estatus de cliché por su colorida descripción del impacto inminente e inmenso esperado como lo fueron los años de Baby Boomers Sin embargo, algunos de los efectos de este tsunami son sus "olas éticas". El cuidado de adultos mayores con afecciones psiquiátricas trae una serie de cuestiones éticas interesantes y desafiantes.

Por ejemplo, los adultos mayores con deterioro cognitivo pueden retener la capacidad para algunos tipos de decisiones y actividades mientras que pierden la capacidad para realizar otras. Determinar dónde dibujar la línea entre la capacidad y el deterioro puede ser muy difícil.

Los dilemas éticos comúnmente involucran tensiones entre principios éticos cardinales, por ejemplo, respeto a las personas, la autonomía, beneficencia y no maleficencia: *primum non nocere* ("Primero, no hacer daño"). Principios éticos clave adicionales también vienen frecuentemente en juego al trabajar con adultos mayores, incluida la fidelidad (fidelidad a los intereses del paciente), veracidad (el deber de verdad y honestidad), justicia (trato justo sin prejuicios), privacidad (protección de la información personal de los pacientes), e integridad: conducta honorable dentro de la profesión. ⁽¹⁵⁾

5. Descripción de las intervenciones y las actividades.

Depresión en el adulto mayor.

1. Promoción

Para promover la salud mental en los adultos mayores se sugiere:

Actividades de Promoción de Salud Mental en el Adulto Mayor

- ✓ Campañas sobre cuidados del adulto mayor, envejecimiento saludable, salud mental del adulto mayor, nutrición y sexualidad saludables en el adulto mayor, auto-cuido en edad adulta.
- ✓ Elaboración de políticas de salud que favorezcan la inclusión social de las personas adultas mayores en sus comunidades, así como políticas de salud orientadas al mantenimiento de la salud mental en el adulto mayor y el envejecimiento saludable.
- ✓ Establecimiento de programas de jubilación que permitan a los adultos mayores continuar laborando a tiempo parcial o completo, así como programas que faciliten la actividad laboral de este grupo etario.
- ✓ Facilitar centros de atención con equipos de Salud Mental en las comunidades para la atención del adulto mayor.
- ✓ Facilitar centros de atención con equipos de Salud Mental en las comunidades para la atención del adulto mayor.
- ✓ Formación y capacitación de equipos de salud mental dirigidos exclusivamente al tratamiento del adulto mayor.
- ✓ Desarrollo de programas de especialización en la rama de psicogeriatría en las instituciones formadoras de profesionales de salud.

-
- ✓ Promoción de espacios para la rehabilitación para las personas adultas mayores en los establecimientos de salud y rehabilitación basada en la comunidad con la participación de la familia del paciente adulto mayor.
 - ✓ Aumento de grupos para los adultos mayores en diversas zonas de la región, para facilitar el traslado de los adultos mayores que deseen acudir.
 - ✓ Creación de gimnasios al aire libre con equipos de ejercicios adecuados para los adultos mayores.
 - ✓ Habilitación de áreas verdes en zonas sin riesgo, que permitan la actividad física y brinden momentos de dispersión al adulto mayor
 - ✓ Creación de viviendas adecuadas, basadas en las limitaciones físicas que pudiese presentar el adulto mayor.
-

2. Prevención

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez –o incluso en la fase embrionaria– junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer.

Los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. En la vejez mantener esos hábitos es también importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad.

Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios. ⁽¹⁶⁾

Entre las medidas efectivas para dar respuesta a la problemática del aislamiento social y la soledad (factores de riesgo para el desarrollo de la depresión), la OMS respalda la identificación de las personas que se encuentran en riesgo de soledad por parte de los profesionales sanitarios, el planteamiento de intervenciones de formato grupal, que sean participativas, con un fondo teórico y que potencien las redes de apoyo disponibles de los adultos mayores.

La adquisición de unos hábitos de vida saludables supone un factor protector a largo plazo para la salud mental, ya que se centra en establecer una rutina de conductas saludables mediante las habilidades de autogestión del paciente. Las intervenciones educativas centradas en el estilo de vida tienen como objetivo otorgar a los participantes el conocimiento y las habilidades para mantener una dieta equilibrada y aumentar la actividad física, incluyendo el abandono de alcohol y tabaco o la higiene del sueño

Según el Pacto Europeo para la Salud Mental de 2008. Anexo 1. Entre las medidas preventivas de los trastornos mentales destacaría el fomento de un envejecimiento saludable y activo. Para ello, la promoción de ejercicio físico, las intervenciones educativas dirigidas tanto a pacientes adultos mayores como a familiares y/o cuidadores y el fomento de la salud mental entre los mayores cobran gran relevancia

Los ancianos vulnerables a sufrir depresión pueden disminuir el riesgo gracias a las instrucciones en la relación cuerpo-mente, capacitación en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en la solución de problemas y en comunicación, y manejo conductual del insomnio, adecuada nutrición y ejercicio físico, ya que presentaron mayores tasas de autoeficacia y una reducción de los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio.¹⁷

3. Detección.

La detección de los casos de depresión en el adulto mayor requiere de una evaluación integral del paciente y de ser posible una entrevista de los familiares o sus cuidadores, de ser necesario, siempre y cuando el paciente de su consentimiento y esté en condiciones de brindar la información.

- En estos casos una entrevista adecuada del paciente, enfatizando en las principales molestias que lo aquejan, estado de ánimo y factores biosociales así como presencia de comorbilidades y tratamientos actuales.
- Es frecuente que se considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros, por lo cual los síntomas depresivos se consideran "justificados" y se omite su referencia al área de salud mental, cuando en realidad esta incapacidad suele ser ocasionada por la misma depresión.
- Es importante recordar que los síntomas depresivos en el adulto mayor pueden ser fluctuantes.

En la depresión del adulto mayor los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes, pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. ⁽¹⁸⁾

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

A pesar de esto siempre será de ayuda para el personal de salud que se encuentra brindando atención al paciente adulto mayor con síntomas depresivos, tomar en cuenta los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo y las preguntas que pudiesen facilitar visibilizar la presencia de estos cuadros. **Anexo 1**

- ❖ La ansiedad y la somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes. Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de depresión. ⁽¹⁹⁾

Durante la entrevista el personal de salud que evalúa al paciente adulto mayor puede utilizar un instrumento de tamizaje como lo es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG). **Anexo 2.** ^(20,21) Una puntuación 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave, de esta forma se facilita la detección de casos y la referencia oportuna al siguiente nivel de atención dependiendo de la severidad del caso. **(Flujograma 1).**

Otra herramienta de tamizaje que se puede utilizar es la escala de Depresión de Yesavage abreviada, sin embargo, la EDG, es más la recomendada. **Anexo 3.** Así como también la escala de depresión de Hamilton. **Anexo 4**

4. Diagnóstico

Para el adecuado diagnóstico de la depresión en el anciano debemos plantearnos una serie de pautas que con su uso reiterado se irán incorporando al ejercicio diagnóstico sin alejarnos del método clínico. ⁽²²⁾

❖ Criterios Diagnósticos de Depresión:

La Décima Revisión de la Clasificación de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10). **Anexo 1,** plantea los criterios a tener en cuenta para la realización del diagnóstico de Depresión y establece:

- **Criterios Primarios:**

Humor depresivo

Disminución del interés y el placer para el disfrute

Disminución de la actividad

Cansancio exagerado

- **Criterios secundarios:**

Alteración del apetito y el peso

Insomnio o hipersomnia

Agitación o enlentecimiento psicomotriz

Pérdida de energía

Dificultades para concentrarse

Dificultades para tomar decisiones

Pensamiento de muerte o ideación suicida

Sentimiento de culpabilidad.

Una vez logrado identificar los criterios anteriormente expuestos procedemos entonces a clasificar la depresión según su intensidad.

- **Clasificación de Depresión según su intensidad:**

Leve: Cuando hay por lo menos dos Criterios Primarios, por lo menos dos Criterios Secundarios, los síntomas no son severos y la duración de la sintomatología es de por lo menos 2 semanas.

Moderada: Cuando hay por lo menos dos Criterios Primarios, por lo menos 3 ó 4 Secundarios, puede haber algún síntoma severo y la duración de la sintomatología es de por lo menos 2 semanas.

Severa: Cuando hay por lo menos tres Criterios Primarios, por lo menos cuatro Secundarios, todos los síntomas son severos y la duración de la sintomatología es de más de dos semanas.

No obstante, describe la literatura que la depresión específicamente en el anciano posee sus propias características que la diferencian de la depresión en personas de otros grupos etarios. ⁽²²⁾

❖ **Características de la depresión en el adulto mayor:**

La Depresión en el adulto mayor se presenta con características diferentes, entre las que tenemos: Menos presente la tristeza y más presente los síntomas somáticos.

- ✓ La tristeza puede manifestarse en forma de apatía y retraimiento, pudiendo predominar las quejas somáticas e incluso la irritabilidad.
- ✓ Puede ser llamativa la pérdida de peso, el insomnio, la aparición de ideas delirantes o verdaderos cuadros psicóticos.
- ✓ Los ancianos con frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma, la respuesta subjetiva a ésta o a su tratamiento, como suele suceder en la enfermedad de Parkinson, enfermedades del tiroides, Enfermedad Cerebro Vasculares, cáncer, etc.
- ✓ Los ancianos suelen consumir medicamentos para tratar sus enfermedades, pero éstos pueden inducir la depresión, como por ejemplo los corticoides, anti parkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc. Es muy frecuente la aparición de la ideación suicida.⁽²²⁾

Para llegar al diagnóstico debemos:

Realizar la Historia Clínica: teniendo en cuenta que esta entrevista debe realizarse en un ambiente de respeto, comprensión y apoyo. Debe corroborarse la información con un familiar o amigo.

- ✓ Se deben recoger el tiempo de aparición de los síntomas, su evolución, tratamientos anteriores y actuales, dosis empleadas.
- ✓ Se deben recoger antecedentes de episodios anteriores, su evolución y tratamiento.

- ✓ Presencia de otras enfermedades orgánica y su respectivo tratamiento, incluso aquel que no ha sido indicado por orden médica. **Tablas 3 y 4**
- ✓ Se deben recoger antecedentes de episodios depresivos en familiares, intentos o suicidios consumados, abuso de sustancias, otras enfermedades mentales.
- ✓ Se deben recoger aspectos tales como: con quién vive y sus relaciones familiares, si vive solo, situación económica, condiciones de la vivienda, participación o vinculación social, pérdida de familiares u otros eventos de repercusión afectiva para el paciente.
- ✓ Debemos estar atentos a la conducta del paciente durante la entrevista.
- ✓ Explorar alteraciones de la atención, la memoria y la orientación.
- ✓ Determinar la presencia de: tristeza, pesimismo, sentimiento de soledad, apatía, pérdida del interés por la vida o temor a la muerte, pérdida del interés o el placer para la realización de las actividades cotidianas, sentimientos de culpa, desesperanza, incapacidad para proyectarse hacia el futuro.
- ✓ Características del lenguaje, capacidad intelectual, juicio crítico
- ✓ Examen físico completo buscando signos y síntomas que nos orienten hacia una enfermedad orgánica o la descompensación de una ya existente.

Teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, los resultados durante la entrevista y los criterios de clasificación se facilita el manejo del paciente. **(Flujograma 1.1).**

❖ **Criterios de referencia al psiquiatra en Unidades de Emergencia.**

Paciente con depresión que ha recibido en el primer nivel de atención el manejo psicoterapéutico, psicosocial y psicofarmacológico con dosis terapéuticas, por lo menos durante 6 semanas, pero sin mejoría o que empeora.

- Depresión grave con deterioro psicosocial significativo.
- Pacientes con riesgo suicida: daño auto-infligido, pensamientos y/o conductas suicidas; manejo previo con diferentes antidepresivos; pacientes manejados con antidepresivos a dosis superiores a las terapéuticas; pacientes manejados con dosis

sub-terapéuticas de antidepresivos por más de 30 días; pacientes manejados con Fluoxetina y que además consumen por iniciativa propia alcohol y/o drogas de abuso.

- Pacientes con síntomas psicóticos asociados a cuadro depresivo.

A la hora de referir a un paciente adulto mayor con un cuadro depresivo a una de las instancias del ISSS que prestan servicios en salud mental, es importante tomar en cuenta los criterios de referencia que se encuentran en la “Norma de Referencia, Retorno e Interconsulta del ISSS”, que establece y estandarizará la ruta clínica asistencial de atención en salud de nuestros derecho habientes con cuadros de depresión. **Anexo 6.** Que hace énfasis en el uso de un inventario de depresión de Beck para apoyar el diagnóstico de trastorno depresivo. **Anexo 7**

Tabla 3.

Enfermedades asociadas con depresión.

<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades de la piel. <p>Dermatitis.</p> <p>Excoriaciones.</p> <p>Psoriasis.</p> <p>Urticarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del Sistema Nervioso Central. <p>Arterioesclerosis cerebral.</p> <p>Contusión cerebral.</p> <p>Demencias.</p> <p>Enfermedad de Huntington.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadros carenciales y hemáticos. <p>Anemia.</p> <p>Déficit de Folatos.</p> <p>Déficit de vitamina B (B12, B6, B1).</p> <p>Hemodiálisis.</p> <p>Pelagra.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades virales. <p>Gripe.</p> <p>Hepatitis.</p> <p>Herpes.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Enfermedad de Parkinson.</p> <p>Esclerosis múltiple.</p> <p>Hematomas subdurales.</p> <p>Hemorragias subaracnoideas.</p> <p>Hidrocefalia de Presión Normal.</p> <p>Infarto cerebral.</p> <p>Lesiones focales de hemisferio dominante.</p> <p>Meningoencefalitis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artritis reumatoide. • Cáncer. <p>Carcinomas.</p> <p>Cáncer de Páncreas (cabeza).</p> <p>Cáncer gástrico o pulmonar.</p> <p>Tumores cerebrales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinopatías y trastornos metabólicos. <p>Diabetes Mellitus.</p> <p>Enfermedad de Addison.</p> <p>Enfermedad de Cushing.</p> <p>Hiperparatiroidismo.</p> <p>Hipotiroidismo.</p> <p>Hipoglucemia.</p>	<p>Neumonía Viral.</p> <p>VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras infecciones. <p>Sífilis.</p> <p>Tifoidea.</p> <p>Toxoplasmosis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación por metales. <p>Mercurio</p> <p>Monóxido de carbono.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros. <p>Dolor crónico.</p> <p>Incapacidades funcionales diversas.</p> <p>Infarto agudo de miocardio.</p> <p>Insuficiencia renal o hepática.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos radicales. <p>Cirugías graves.</p> <p>Trasplantes.</p> <p>Histerectomía.</p> <p>Mastectomía.</p> <p>Diálisis.</p> <p>Radioterapia</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 4. Medicamentos asociados con Depresión.

• Drogas cardiovasculares	• Agentes anti infecciosos	• Sedantes y
Inhibidores de la ECA	Ampicilina	anti-ansiedad
Bloqueadores de los canales de Calcio	Cloranfenicol	drogas
Clonidina	Cloroquina	Barbitúricos
Digitálicos.	Clofazimina	Benzodiacepinas
Guanetidina	Cicloserina	Hidrato de cloral
Hidralazina	Ciclosporina	etanol
Metildopa	Dapsona	• Otras drogas
Procainamida	Etambutol	Colina
Propanolol	Etionamida	Cimetidina
Reserpina	Foscarnet	Disulfiram
Diuréticos tiazídicos	Ganciclovir	Lecitina
Guanabenz	Griseofulvina	Metisergida
Diuréticos de zolamida	Isoniazida	Fenilefrina
• Quimioterápicos	Interferón	Fisostigmina
6-Azauridina	Metoclopramida	Ranitidina
Asparaginasa	Metronidazol	Estatinas
Azatioprina	Ácido nalidíxico	Tamoxifeno
Bleomicina	Nitrofurantoína	• Drogas antirretrovirales

Cisplatino	Penicilina G procaínica	Atazanavir
Ciclofosfamida	Estreptomina	Efavirenz
Doxorrubicina	Sulfonamidas	Enfuvirtida
Vinblastina	Tetraciclina	Saquinavir
Vincristina	Trimetoprim	Zidovudina
<ul style="list-style-type: none"> • Drogas anti parkinsonianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonas 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivos
Amantadina	Adrenocorticotropina	Etosuximida
Bromocriptina	Esteroides anabólicos	Fenobarbital
Levodopa	Glucocorticoides	Fenitoína
<ul style="list-style-type: none"> • Estimulantes 	Anticonceptivos orales	Primidona
Anfetaminas	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas antipsicóticas 	Tiagabina
Cafeína	Flufenazina	Vigabatrina
Cocaína (abstinencia)	Haloperidol.	<ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios
Metilfenidato (Ritalina)		•AINES

Uso de complementarios:

Es importante realizar algunos complementarios para descartar alguna enfermedad orgánica tales como:

- ✓ Hemograma completo
- ✓ Velocidad de eritrosedimentación
- ✓ Glicemia.
- ✓ Examen general de orina
- ✓ Creatinina.

- ✓ Perfil lipídico.
- ✓ Pruebas hepáticas (TGO y TGP).
- ✓ Niveles séricos de Vitamina B12 y Ácido Fólico.
- ✓ Electrocardiograma.
- ✓ Radiografía de tórax.
- ✓ Tomografía Axial Computarizada (casos de sospecha de una depresión secundaria a otra causa medica).
- ✓ Resonancia Magnética Cerebral. (casos de sospecha de una depresión secundaria a otra causa medica).

Diagnóstico Diferencial:

Se debe recordar que el diagnóstico de depresión mayor es de exclusión y, en general, es cuando a pesar de interrogatorio propositivo:

- No puede explicarse por el uso de sustancias y medicamentos.
- No puede explicarse por otras enfermedades.
- No puede explicarse por duelo no complicado.

Diagnósticos diferenciales de depresión en el adulto mayor.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos mentales orgánicos. - Demencia. - Abuso de sustancias que inducen síntomas depresivos. - Abuso de alcohol. - Hipotiroidismo. - Síndrome de Cushing. - Enfermedad de Parkinson. - Accidente cerebrovascular. - Carcinomas. - Déficit vitamínico. - Lesiones expansivas intracraneales. | <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de ansiedad. - Hipocondría y trastornos somatomorfos. - Trastorno adaptativo con síntomas depresivos. - Trastorno de personalidad. - Trastorno del sueño. - Trastorno Psicótico. - Duelo. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Tratamiento e Intervenciones.

Los pacientes con depresión pueden tratarse de forma ambulatoria, sin embargo, se recomienda manejar a los pacientes en un entorno que sea más seguro y efectivo. La decisión sobre el entorno del tratamiento debe considerar:

- ✓ La gravedad de los síntomas.
- ✓ Condiciones físicas y psiquiátricas.
- ✓ Comorbilidades y tratamientos.
- ✓ Riesgo de suicidio.
- ✓ Comportamiento homicida.
- ✓ Nivel de funcionamiento
- ✓ Sistema de soporte familiar y/o social disponible.

Al momento que el medico psiquiatra establezca el tipo de cuadro depresivo que adolece el adulto mayor dará el tratamiento correspondiente a un trastorno depresivo leve-moderado. **Flujograma 2.** O en su caso a un cuadro de depresión severa. **Flujograma 3.**

También debe tomar en cuenta la capacidad de auto cuidado del paciente, la manera en que brindan información sobre su estado de salud al personal que lo entrevista y si este será capaz de cooperar con el tratamiento o si se realizarán intervenciones que incluyan a familiares y/o cuidadores para asegurar la adherencia al tratamiento y seguridad del paciente adulto mayor. **(Tabla 5)**

El plan de tratamiento debe ser práctico, factible y flexible para atender las necesidades de los pacientes y los cuidadores. El plan de tratamiento formulado inicialmente necesita ser continuamente reevaluado y actualizado según la clínica y necesidades psicosociales del paciente.

Tabla 5. Puntos a recordar durante la prescripción de antidepresivos en los adultos mayores.

1. Los adultos mayores son más sensibles a las concentraciones de medicamento.
2. El organismo de los adultos mayores tiene una capacidad disminuida a la adaptación.
3. La dosis inicial de antidepresivo debe ser baja ($1/3 - 1/2$) para los adultos mayores comparada con la dosis inicial de adultos más jóvenes.
4. La vida media de la mayoría de antidepresivos es mayor.
5. Los efectos secundarios asociados la concentración de dosis tardan más tiempo en resolver.
6. Los adultos mayores requieren una tiempo de exposición mayor para lograr niveles en plasma estables.
7. Hay una pérdida progresiva de la funcionalidad de los tejidos a nivel celular.
8. Los mecanismos de homeostasis que funcionan en la vía central y los mecanismos de retroalimentación de la vía periférica están alterados en la edad adulta por lo que resultan más susceptibles a los efectos secundarios de los medicamentos.

❖ Establecimiento de una Alianza Terapéutica

Independientemente del uso de diversas modalidades de tratamiento, es importante que los clínicos establezcan una alianza terapéutica con el paciente. La depresión a menudo es tiene un curso crónico y requiere que los pacientes participen activamente y se adhieran al tratamiento por largos períodos.

Otro aspecto importante del tratamiento exitoso es tolerar los efectos secundarios de las diversas modalidades de tratamiento. Para los médicos, es importante entender y prestar atención a las preocupaciones de los pacientes y sus familias, así como sus deseos de tratamiento para lograr potenciar la alianza terapéutica.

❖ **Opciones de tratamiento en el manejo de Depresión en el adulto mayor.**

Las opciones de tratamiento disponibles para el manejo de la depresión pueden clasificarse en términos generales en antidepresivos, tratamientos somáticos e intervenciones psicosociales.

- **Los tratamientos somáticos** incluyen: Terapia Electro convulsiva (TEC), Estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS), Estimulación directa transcraneal, Estimulación del nervio vagal y estimulación cerebral profunda.

Además de estos, las benzodiacepinas a menudo se prescribe como tratamiento complementario durante la fase de inicio del tratamiento. Pacientes que no responden a los tratamientos de primera línea pueden requerir el uso de litio y suplementos tiroideos como agentes potenciadores.

- **Tratamiento con Antidepresivos:**

La depresión se puede manejar con una amplia gama de medicamentos antidepresivos (**Tabla 6**). Los antidepresivos son la modalidad de tratamiento generalmente preferida para episodios depresivos leves, moderados o severos.

Tabla 6 Medicamentos Antidepresivos

Antidepresivo	Dosis usual Inicial.mg/dia	dosis promec	Dosis Maxima mg/dia	efectos secundarios.		
Inhibidores selectivos de recaptacion de serotonina. ISRS						
Fluoxetina.	10	20	20	Malestar GI, Perdida/ganacia de peso.		
Paroxetina.	10-20.	20 - 30	30-40	ansiedad, insomnio		
Fluvoxamina.	50	50-200	200	hiponatremia, disfuncion sexual.		
Sertralina	25	50-150	200			
Citalopram	10	20-40	20 >65 años.			
			40 < 65 años.			
Escitalopram	5	10-20.	10 > 65 años.			
			40 < 65 años.			
Inhibidores de recaptacion de Serotonina y Norepinefrina.						
Venlafaxina	37.5	75-225	300	Malestar GI, puede incrementar la presion sanguinea,		
Duloxetine	20	30-60	60	(venlafaxina), efectos anticolinergicos moderados,		
levomilnacipram	20	40-120	120	somnolencia, anomalias de conduccion.		
Desvenlafaxina.	25	50	100			
Antidepresivo noradrenergico y serotoninergico especifico (NaSSSA)						
Mirtazpina	7.5	15-30	30-45	Malestar GI, riesgo sedacion, ganacia de peso.		
				hipotesion ortostaica.		
Unicidicos.						
Bupropion SR	1mm	200	300	Riesgo de convulsiones.		
Aminas secundarias Triciclicas.						
Desimipramina	10- 25.	50-150	300	Propiedades anticolinergicas,		
Nortriptilina	10 - 25.	40-75	200	efectos secundarios cardiovasculares.		
Antidepresivos Triciclicos. (TCAs)						
Amitriptilina.	10-25.	25-150	150	efectos anticolinergicos, somnolencia,		
Imipramina	10-25.	50-150	150	anormalidades de conduccion ortostatica,		
Clomipramina	10-25.	50-150	150	malestar GI moderado, ganacia de peso. Disfuncion sexual.		
Antidepresivos atipicos/ moduladores de serotonina.						
Trazodone	25	50-150	150			
Nefazodone	25	50-150	150	Malestar GI, Efectos anticolinergicos moderados, somnolencia		
				anormalidades conduccion ortostatica		
Inhibidores de Monoaminoxidasa. IMAO						
Moclobemide	100	150-200	300	disminucion apetito, aumento conductas suicidas, agitacion		
				hiponatremia.		

- **Los tratamientos psicoterapéuticos:** generalmente están indicados para manejo de pacientes con depresión leve, leve a moderada y depresión mayor. Existen ciertas características clínicas que pueden guiar la elección del uso de tratamientos psicoterapéuticos donde se considera la presencia de estresores psicosociales significativos, conflictos intrapsíquicos, dificultades interpersonales en el eje II y comorbilidad. Muchas veces, los pacientes mismos pueden ser reacios al uso de antidepresivos y solicitan los tratamientos psicoterapéuticos como tratamiento inicial. En tal escenario, la preferencia del paciente debe ser respetado.

Tabla 7.

- **Tratamientos Combinados:** La combinación de antidepresivos e intervenciones psicoterapéuticas puede ser útil en el tratamiento inicial para pacientes con estresores psicosociales, estresores, conflicto intra psíquico, problemas interpersonales, o un trastorno comórbido del eje II junto con trastorno depresivo moderado o mayor.

Otras indicaciones para el tratamiento combinado con antidepresivos y la psicoterapia incluye respuesta parcial a un tratamiento adecuados de antidepresivos e intervenciones psicoterapéuticas y pacientes poco adherentes a la farmacoterapia.

La presencia de síntomas psicóticos puede sugerir una combinación uso de antidepresivos y antipsicóticos o TEC. Otras indicaciones para la TEC incluyen la presencia de características catatónicas que no responden a las benzodiazepinas, alto riesgo de suicidio, presencia de condiciones médicas generales comórbidas que impiden el uso de medicamentos antidepresivos, pacientes que rechazan alimentos y están nutricionalmente comprometidos y aquellos que tienen historia de respuesta positiva a la TEC. Sin embargo, debe recordarse que la TEC está relativamente contraindicado en pacientes con reciente infarto de miocardio, tumor cerebral, aneurisma cerebral, e insuficiencia cardíaca no controlada.

Tabla 7

Intervención Psicoterapéutica para pacientes adultos mayores con Depresión.

1. Terapia Cognitivo Conductual.	<p>Ayuda a cambiar la percepción de las personas sobre su entorno psicosocial (reestructuración cognitiva), desarrollo de habilidades (resolución de problemas, habilidades de comunicación) y habilidades de regulación del estado de ánimo (activación conductual)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene como objetivo identificar sistemas de creencias desadaptativos, prueba la validez de estos, y ayudar a las personas a formular cogniciones más realistas • Resultados de mejora al abordar estas cogniciones e integración del comportamiento Activación / habilidades para superar la mala adaptación • Aceptabilidad y eficacia en esta población.
2. Resolución de problemas	<p>Esto implica enseñar al paciente a identificar problemas, lluvia de ideas para las soluciones, decidir en una solución, implemente la solución y luego evaluación de lo mismo en cuanto a si esto es efectivo o no.</p>
3. Psicoterapia interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> • Se enfoca en el impacto de las relaciones interpersonales: conflicto interpersonal, déficits interpersonal, transición de roles, duelos.
4. Terapia de Reminiscencia.	<p>Conmemoración simple / no estructurada: narración de historias de eventos de la vida con enfoque en eventos pasados positivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de estructura de vida / reminiscencia - vida entera. • Se enfoca en evaluar eventos positivos y negativos con la reformulación e integración de estos eventos • Utilizado con el objetivo de cambiar la visión de ellos mismos y los eventos en su vida • Tratamientos potencialmente efectivos para la depresión en los ancianos, efectivos como otros tratamientos que incluyen farmacoterapia, es una alternativa a la psicoterapia / farmacoterapia
5. Terapia Dinámica Breve	<p>El objetivo es hacer que el sujeto entienda y haga frente mejor con sus conflictos. Se enfoca en reflexiones de experiencias pasadas, clarificación del afecto, la relación terapéutica y la confrontación de patrones interpersonales desadaptativos, deseos o conflictos</p>

✓ **Selección de antidepresivos específicos:**

En general, no hay diferencia en la eficacia de varios antidepresivos en el manejo de la depresión. Un metanálisis, que incluyó 51 ensayos controlados aleatorios (ECA) donde se compararon varios medicamentos antidepresivos mostraron falta de diferencia significativa en la eficacia de varias clases de antidepresivos. Estudios que han comparado varios antidepresivos frente a frente muestran que no hay mayor diferencia en la eficacia de Escitalopram, Citalopram, Sertralina y Paroxetina

Otro análisis de meta-regresión, que incluyó ECA mostraron una tasa de respuesta más baja a varios antidepresivos en pacientes de género masculino, edad avanzada y aquellos que tienen una mayor duración del episodio actual. Se observó una mejor tasa de respuesta en pacientes con valores basales más altos de severidad de la depresión y aquellos que experimentan el primer episodio depresivo.

Por lo tanto, la selección de antidepresivos es guiada por otras características que se pueden dividir ampliamente en factores específicos del paciente y factores específicos del fármaco.

Los factores específicos del paciente incluyen:

- ✓ la preferencia del paciente.
- ✓ Antecedentes de respuesta / tolerabilidad a la medicación.
- ✓ Antecedentes familiares de respuesta a un antidepresivo particular.
- ✓ Enfermedad médica, trastorno psiquiátrico comórbido /síntomas.
- ✓ Otros medicamentos indicados.
- ✓ Capacidades intelectuales y psicológicas.

Los factores específicos del medicamento incluyen:

- ✓ Efectos secundarios anticipados.
- ✓ La seguridad o tolerabilidad de estos efectos secundarios para pacientes individuales.
- ✓ Costos.

- ✓ Dosis.
- ✓ Horarios de toma.
- ✓ Tipo de formulaciones disponibles
- ✓ Seguridad en sobredosis.

Las personas mayores son generalmente más susceptibles a los efectos anticolinérgicos, por lo tanto, se deben preferir los antidepresivos más nuevos. Si se debe usar un antidepresivo tricíclico, medicamentos con efectos anticolinérgicos pronunciados, como Amitriptilina, debería ser evitado. Antidepresivos asociados con efectos secundarios como la hipotensión y aquellos con sedantes deben evitarse.

Entre los compuestos cíclicos, la Desipramina es menos sedante. y puede tomarse durante el día, y la Nortriptilina es menos probable que cause hipotensión ortostática que la Amitriptilina o Imipramina.

Aunque se cree que los IMAO son peligrosos y difíciles de usar, medicamentos como la Fenelzina son relativamente seguros y efectivos en pacientes mayores. Sin embargo, es importante recordar que los inhibidores de la MAO están asociados con desarrollo de hipotensión, hipertensión e interacción con otros fármacos

Aunque no se requiere una dieta especial, los pacientes debe tener en cuenta las interacciones farmacológicas con analgésicos y otros antidepresivos. El monitoreo de la presión arterial es necesario con Venlafaxina en pacientes con preexistencia enfermedad cardiovascular y pacientes que toman altas dosis. La Nefazodona funciona bien en pacientes con ansiedad y depresión. Los efectos secundarios como los síntomas gastrointestinales con ISRS son bien conocidos. Entre los ISRS Sertralina y Citalopram tiene el menor potencial de interacciones farmacológicas.

Para los médicos es importante recordar que el efecto antidepresivo puede retrasarse más en personas de edad avanzada que en sujetos más jóvenes, y el tratamiento puede necesitar ser continuó por más de seis meses. Una pequeña proporción de pacientes de edad avanzada a quienes se les recetan antidepresivos pueden desarrollar hiponatremia. La hiponatremia suele ser vista durante la fase inicial del tratamiento. Los factores para el desarrollo de hiponatremia incluyen la

edad avanzada, género femenino, bajo peso corporal, presencia de comorbilidades (es decir, diabetes mellitus, hipertensión, hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, lesión en la cabeza, accidente cerebrovascular, cirrosis hepática y presencia de tumores malignos), uso concomitante de otros medicamentos (es decir, diuréticos, antihipertensivos, antidepresivos, inhibidores del citocromo P450), antecedentes de hiponatremia, niveles bajos de sodio sérico basales, temporada de verano y fase inicial de la terapia antidepresiva.

En consecuencia, algunos de los autores sugieren evaluar los niveles séricos de sodio basales en todos los pacientes de edad avanzada antes al inicio de antidepresivos y al seguimiento de los mismos durante la fase inicial del tratamiento. Otros efectos secundarios de los antidepresivos incluyen sangrado gastrointestinal superior(GI). La hemorragia gastrointestinal asociada a antidepresivos es alta en ancianos. En general se sugiere que los antidepresivos, específicamente aquellos que actúan en el sistema serotoninérgico, disminuyen la agregación plaquetaria y aumenta el riesgo de sangrado. Aquellos con antecedentes de úlceras pépticas, gastritis, varices esofágicas, cánceres gástricos o colorrectales, consumo crónico de alcohol, enfermedad hepática, coagulopatías y uso concomitante de otros medicamentos (es decir, corticosteroides, Warfarina, Clopidogrel, aspirina y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos, bloqueadores de los canales de calcio, uso concomitante de más de un antidepresivo). Si se requieren antidepresivos deben usarse, deben usarse fármacos bloqueadores de la bomba de protones, para reducir el riesgo de sangrado gastrointestinal.

La posibilidad de interacciones farmacológicas siempre debe tenerse en cuenta mientras selecciona un antidepresivo y algunas combinaciones que deberán evitarse. **(Tabla 8)**

En general, los ISRS se consideran los antidepresivos de primera línea debido menores efectos secundario y la seguridad de su perfil. Otras alternativas incluyen antidepresivos tricíclicos, Mirtazapina, Bupropión y Venlafaxina.

Tabla 8. Monitoreo y Combinaciones contraindicadas en el adulto mayor.

Agente	Absolutamente contraindicado	Evite si es posible	Monitoreo cuidadoso
ATC	IMAO y otros ATC	Inhibidores de la CYP-450 y agentes anticolinérgicos	Antihipertensivos (ej, guanetidina), Fármacos tiroideos, Sedantes/Hipnóticos, drogas simpaticomiméticos (epinefrina).
Fluoxetina	IMAO	ATC, Fenitoína, Cisaprida, Codeína, Flecainida, Propafenona	Warfarina, Haloperidol, Clozapina, Alprazolam, Triazolam, Carbamazepina, Beta bloqueadores, Ciclobenzaprina, Litio, drogas serotoninérgicas (triptófanos, dextrometorfán).
Sertralina	IMAO	Codeína, Cisaprida	ATC, Haloperidol, Warfarina, Cimetidina, Diazepam, Tolbutamida, Litio, drogas serotoninérgicas.
Paroxetina	IMAO	ATC, Codeína, Flecainida, Propafenona	Haloperidol, Warfarina, Litio, Digoxina, Prociclidina, Fenobarbital, Cimetidina, Teofilina, Fenotoína, drogas serotoninérgicas.

Citalopram	IMAO		ATC, Metoprolol, Cimetidina, Litio, drogas serotoninérgicas.
Fluvoxamina	IMAO, Cisaprida	ATC, Clozapina, Haloperidol, Diazepam	Warfarina, Alprazolam, Midazolam, Triazolam, Teofilina, Litio, drogas serotoninérgicas.
Bupropión	IMAO	Todos los agentes que puedan bajar el umbral para crisis epilépticas (ej. Antipsicóticos, Antidepresivos, Teofilina, Esteroides Sistémicos	
Venlafaxina	IMAO	Agonistas de norepinefrina (cuando se prescriben altas dosis de Venlafaxina)	Cimetidina, agentes serotoninérgicos.
Nefazodona	IMAO, Cisaprida	Desipramina, Alprazolam, Triazolam	Digoxina, Haloperidol, Propranolol, agentes serotoninérgicos
Mirtazapina	IMAO	Diazepam	Drogas serotoninérgicas, antihistamínicos, agonistas alpha 1-adrenérgicos (doxazosinmesilato) alcohol

6. Definición de roles por nivel de atención.

1. Trabajo Social

Las funciones generales de un trabajador social en psiquiatría incluyen funcionar como convocantes del equipo al programar entrevistas con familiares, así como reuniones con pacientes y familiares para recopilar información colateral para una evaluación psicosocial integral, que se utiliza para ayudar diagnosticar al paciente, evaluar la dinámica familiar y explorar a la familia. Idealmente, el papel de la familia como miembro del equipo se establece rápidamente. Este proceso se usa terapéuticamente para replantear la angustia de la familia enfocándose en las fortalezas pasadas y ayuda a poner los desafíos recientes en la perspectiva adecuada.

Este acercamiento es el comienzo de una relación de apoyo con la familia que también está siendo atendida. Si todo tiene éxito, la relación continúa a lo largo de la vida del paciente. Después de que se recopilan los datos, el trabajador social pregunta cómo está el cuidador, brinda apoyo y esperanza a la familia según sea necesario, y "brinda permiso" para que los cuidadores se cuiden a sí mismos.

Dos roles clave de trabajo social son mantener la continuidad de la atención y el apoyo familiar. Al detectar casos de negligencia se necesita un compromiso especialmente fuerte con el paciente, asegurar un seguimiento cercano por parte del psiquiatra y los proveedores de atención médica. Las referencias de residencias de adultos mayores son especialmente útiles en casos que involucran niveles cuestionables de apoyo. El trabajador social brinda apoyo, asistencia y monitoreo del bienestar de los pacientes, así como apoyo emocional y práctico para cuidadores.

Asegurar la continuidad requiere que se aborden las preocupaciones financieras, ya que el miedo a la pobreza a menudo es grande entre los adultos mayores y sus familias. Incluso puede respaldar y ayudar a completar el cuadro del paciente

aplicando herramientas que ayuden a visualizar otros riesgos y discapacidades en el paciente, por medio del índice de Barthel. **Anexo 5**

2. Terapistas Ocupacionales.

La terapia ocupacional (TO) es el uso terapéutico de autocuidado, trabajo, y actividades de juego para evaluar o aumentar el funcionamiento cognitivo y físico.

El papel de un terapeuta ocupacional en una unidad de psiquiatría geriátrica es evaluar el nivel cognitivo de una persona y determinar su nivel más alto de funcionamiento. Una evaluación formal se lleva a cabo cuando el paciente realiza un acercamiento al centro de atención médica y es referido a TO y se reevalúa continuamente durante las actividades.

Las actividades grupales se configuran para estructurar la rutina diaria de una persona y para crear un ambiente exitoso en el que el terapeuta pueda continuamente reevaluar el nivel de funcionamiento de una persona. A través del tratamiento grupal e individual, el terapeuta ocupacional obtiene una idea de la capacidad de una persona para aprender nueva información y exhibir comportamientos dirigidos a objetivos (Allen, Earhart y Blue, 1992), para posteriormente realizar un reporte donde tanto el médico tratante como el personal encargado del paciente pueda obtener una visión amplia de la evolución del paciente adulto mayor.

En la unidad de psiquiatría geriátrica, OT ha requerido algunas modificaciones ya que los adultos mayores son admitidos con más problemas médicos. La terapia incorpora algunas prácticas de un modelo de rehabilitación de práctica. Por lo tanto, mayor fortalecimiento, movimiento y posicionamiento se incorporan a grupos de terapia ocupacional e individual tratamiento. Acomodar las demandas físicas de la población requiere el terapeuta busque capacitación adicional en estas áreas menos familiares. Al mismo tiempo, una capacitación por parte del personal médico le brinda al terapeuta ocupacional habilidades para combinar la cantidad de energía cognitiva que requiere una tarea de habilidades en el adulto mayor.²⁵

c) Médicos no psiquiatras.

Los médicos no psiquiatras que atienden a pacientes adultos mayores de psiquiatría deben estar preparados para tratar problemas que en otras circunstancias se encontrarían en una unidad médica de atención de emergencia. Deben perfeccionar sus habilidades en el diagnóstico, a menudo con poco o ningún historial proporcionado por el paciente. De igual forma, deberán buscar la manera de identificar los puntos más importantes en la entrevista con el paciente, que en el último de los casos pudiera reconocer su estado depresivo, deberá escudriñar registros médicos disponibles y poseer la capacidad de confrontar una historia médica que no concuerda con la situación actual del paciente que presenta un cuadro depresivo.

Realizarán la evaluación médica correspondiente y en el caso de contar con la posibilidad de exámenes complementarios serán indicados y reevaluados para referir al paciente adulto mayor al área de Salud Mental más cercana tomando en cuenta los lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta al descartar un cuadro médico que necesite otro tipo de intervención. ⁽²⁶⁾

d) Personal de enfermería.

Tanto los médicos como los pacientes confían en las habilidades del personal de enfermería en el tratamiento de pacientes en unidades de salud mental. Dado la necesidad de atención médica, la distribución de mano de obra debe considerar niveles de habilidad y personal programado con la capacitación adecuada. Como se mencionó anteriormente, el desarrollo del personal es continuo para asegurar que las enfermeras brinden asistencia integral.

Cuándo trasladar a un paciente a una unidad de emergencia y la confiabilidad del personal de enfermería en ausencia de personal médico de la casa a la brevedad, evaluar e intervenir para problemas urgentes o emergencias son algunas de las preocupaciones que deben abordarse cuidadosamente.

e) Médico Psiquiatra.

Mientras que el psiquiatra atiende y maneja lo cognitivo, emocional y conductual aspectos de la enfermedad de un paciente, estos problemas están inextricablemente relacionados a problemas médicos, no solo en casos de delirio, sino también en demencia, trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos.

El rol diagnóstico del psiquiatra se vuelve crítico al dirigir no solo las intervenciones del personal, sino también en la evaluación de posibles factores causales o contribuyentes y trabajando con el consultor médico para evaluar completamente estos factores. Se requiere que el médico psiquiatra este familiarizado con una variedad de problemas médicos y una mayor conciencia de las interacciones farmacológicas entre todos los miembros del equipo de tratamiento.

Finalmente, el compromiso y la educación de las familias de pacientes se vuelve más crucial a medida que aumenta la complejidad médica. Las decisiones de tratamiento, control, seguimiento, asuntos legales, ingresos hospitalarios y altas requieren una atención más directa por parte del psiquiatra tratante.

f) Psicólogos.

La intervención psicológica dependerá del contexto en que deba desarrollarse la terapia. En ocasiones, el trabajo se tornará difícil por lo complicado que puede ser manejar este tipo de casos y la lentitud en la consecución de resultados. Muchos profesionales coinciden en que, más que una especialidad de la psicología, la psicogerontología es un acto de servicio que no todos los profesionales de la salud mental están capacitados para realizar, por la dificultad que entraña y por la excepcionalidad de cada caso.

Los psicólogos que se encarguen de la atención del adulto mayor deberán realizar un trabajo arduo pero gratificante, al recibir pacientes referidos de clínicas comunales o de otros centros de salud tras la aplicación de la herramienta de tamizaje, deberá realizar una entrevista con el paciente, llevar a cabo una

exploración mental y la aplicación de pruebas adicionales que el terapeuta considere necesario, al obtener una impresión diagnóstica, el psicólogo podrá referir al paciente con el médico psiquiatra en su unidad médica más próxima, si el paciente presenta un cuadro de depresión moderada que no remite con psicoterapia o se trata de un paciente con cuadro grave, con síntomas psicóticos o ideación suicida activa.

Además, el personal de psicología estará al cargo de la implementación de las diversas modalidades de terapia más adecuadas para el paciente adulto mayor, desde terapias individuales, terapias cognitivo conductuales, conductuales, cognitivo-conductuales, psicoanalíticas, talleres orientados al mantenimiento de salud mental en el adulto mayor, talleres para familiares y cuidadores con el apoyo del médico psiquiatra de su centro de salud y actividades educación. ⁽²⁶⁾

7. Control del paciente adulto mayor con depresión.

✓ Seguimiento de Pacientes.

El manejo de la depresión es un proceso continuo, que requiere una evaluación continua del curso de los síntomas y de la tolerancia y buena respuesta del tratamiento; siendo necesario una evaluación periódica del paciente según la fase del cuadro depresivo en la que se encuentre con el apoyo por parte de trabajo social para una evaluación del estado psicosocial del paciente. Por consiguiente, es importante estar atentos ante la aparición de impulsos destructivos del paciente hacia sí mismo u otros, así como considerar el tratamiento hospitalario en pacientes con mayor riesgo. A veces, los pacientes pueden presentar cambios significativos en su estado psiquiátrico o aparición de nuevos síntomas, que puede justificar una reevaluación diagnóstica del paciente.

✓ Supervisar la adherencia al tratamiento.

El manejo adecuado de la depresión requiere la adherencia a los planes de tratamiento. Muchos pacientes de edad avanzada pueden asociar el estigma de la depresión y estar en desacuerdo con los médicos cuando se les informa sobre su diagnóstico. Los pacientes a menudo también temen convertirse adicto a los antidepresivos y al impacto de los psicotrópicos e interacciones con sus otros medicamentos. La remisión clínica con tratamiento puede subestimar la necesidad de continuar el tratamiento y considerarlo como una carga.

Es posible que algunos pacientes no puedan cuidarse solos debido a déficits cognitivos. Los efectos secundarios también son bien conocidos por contribuir a la falta de adherencia al tratamiento. En consecuencia, la adherencia al tratamiento puede mejorarse mediante información para los pacientes y/o familiares, sobre cuándo y con qué frecuencia se debe de tomar el medicamento, período de retraso de inicio de acción (al menos 3-4 semanas será necesario para que surjan los

efectos beneficiosos), la necesidad de tomar medicamentos incluso después de sentirse mejor, la necesidad de consultar antes de discontinuar la medicación, qué hacer frente a los efectos secundarios. La adherencia al tratamiento también puede facilitarse al indicar tratamientos sencillos, con horarios adecuados para el paciente adulto mayor y menor cantidad de fármacos.

Puede ser necesario evaluar la presencia de conflictos psicológicos o psicopatología que pueden contribuir a la falta de adherencia al tratamiento, en estos casos los miembros de la familia deben estar involucrados en todas las etapas del tratamiento y en todas las formas de psicoeducación, ya que pueden desempeñar un papel importante en los resultados del tratamiento.

✓ **Vigilancia ante las recaídas.**

Los pacientes y sus familiares deben estar informados sobre las posibilidades de recaída después de la mejora. Se debe proporcionar información en términos de reconocimiento de signos tempranos y síntomas de nuevos episodios, la necesidad de buscar atención médica para controlar los síntomas y evitar recaídas o nuevos episodios depresivos.

8. Rehabilitación

Tomando como base el modelo nacional de atención en salud de la persona adulta mayor podemos mencionar dentro de las actividades de rehabilitación dirigidas al adulto mayor se encuentra:

- Promoción de principios de rehabilitación geriátrica.
- Evaluación especializada a la persona adulta mayor con algún grado de discapacidad para evitar la dependencia y/o mejorar su calidad de vida.
- Promoción de la Rehabilitación Basada en la Comunidad con involucramiento de la familia y de la propia persona adulta mayor.

- Promoción de espacios de rehabilitación para las personas adultas mayores en los establecimientos de salud.

Para poder llevar a cabo las actividades de rehabilitación en pacientes adultos mayores es entonces necesario establecer actividades que permitan:

- ✓ La recreación de los adultos mayores,
- ✓ Programas de grupos educativos sobre auto cuidado y envejecimiento saludable con la participación de pacientes y familiares
 - Grupos de fortalecimiento de las capacidades funcionales del adulto mayor mediante intervenciones generales y específicas como las siguientes: Práctica regular de ejercicio físico, de tres a cinco veces por semana
- ✓ Programas impartidos por profesionales calificados en el área de la rehabilitación (médico especialista en medicina física, terapeuta físico u ocupacional, enfermera o trabajadora social, según sea el caso).²⁴
- ✓ Talleres para adultos mayores sobre jubilación saludable, sexualidad.
- ✓ Grupos diseñados para la búsqueda y facilitación de empleo de adultos mayores, que les permitan mantenerse activos, productivos y con remuneración monetaria para mejorar sus condiciones de vida.
- ✓ Grupos orientados a la psicoeducación, para favorecer la adherencia al tratamiento.
- ✓ Terapias grupales dirigidas por personal de Salud.
- ✓ Participación de pacientes adultos mayores en campañas de estilos de vida saludables acerca de la alimentación, actividad física y mental así como la práctica de relajación pueden evitar las recaídas.

9. Seguimiento.

El seguimiento de casos clínicos de pacientes adultos mayores a quienes se les haya diagnosticado depresión dependerá del criterio del médico tratante basándose en estado actual del paciente, la ausencia de síntomas de alerta, riesgo de recaídas o persistencia de factores de riesgo, así como la adherencia adecuada al tratamiento, la evolución del cuadro y la presencia o no de una red de apoyo que verifique el cumplimiento del tratamiento y que proporcione seguridad al paciente adulto mayor en sus diferentes esferas. El médico podrá establecer visitas periódicas mensuales, trimestrales, semestrales y anuales según el caso y realizará cualquier tipo de vigilancia sobre la aparición de algún tipo de respuesta inadecuada al tratamiento. **Flujograma 4.** Sobre el tratamiento de continuación. **Flujograma 5.** Y cualquier otra modificación que surja en la continuidad del manejo ya establecido.

Flujograma 6

Durante los controles establecidos, se realizarán pruebas de tamizaje para determinar el estado actual del paciente, con pruebas específicas que permitan obtener una valoración integral de la condición del paciente adulto mayor y detecten otro tipo de afecciones que atenten la salud del paciente adulto mayor. **Anexo 4**

10. Flujogramas y algoritmos.

Figura 1. Detección y referencia del paciente adulto mayor con sistemas depresivos.

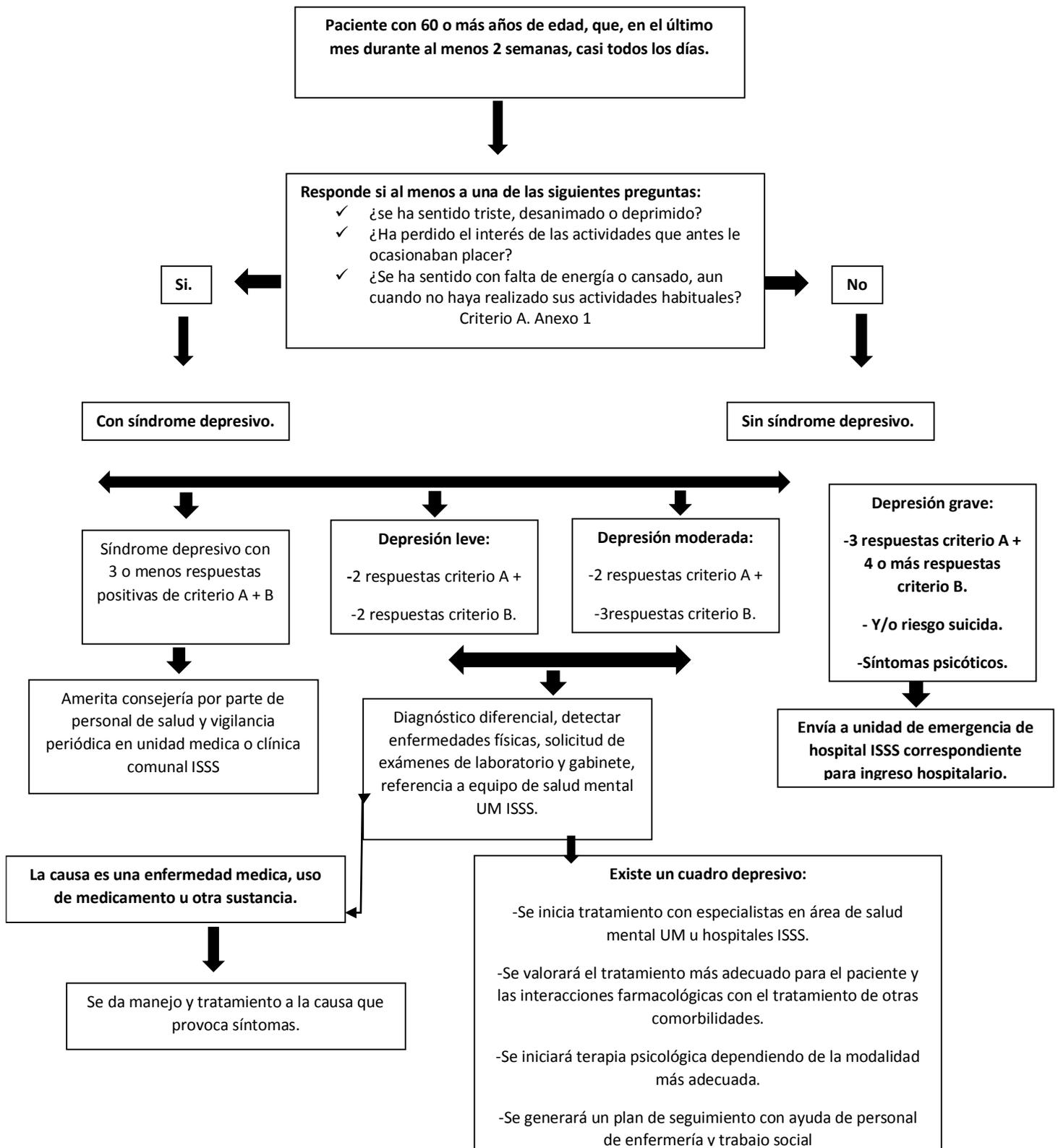


Figura 1.1 Evaluación inicial y plan de manejo para la Depresión.

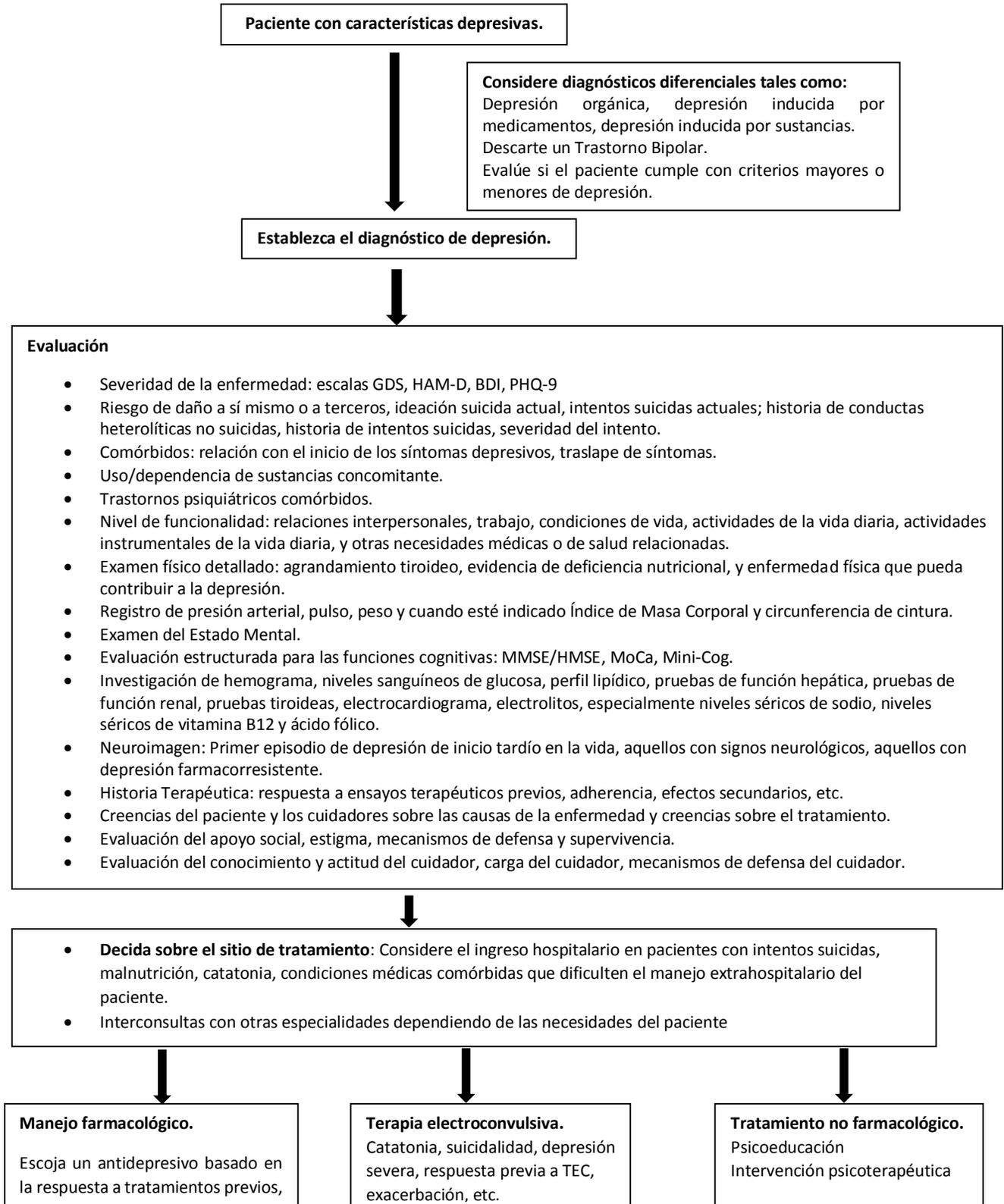


Figura 2. Algoritmo de tratamiento para la depresión leve a moderada en el adulto mayor.

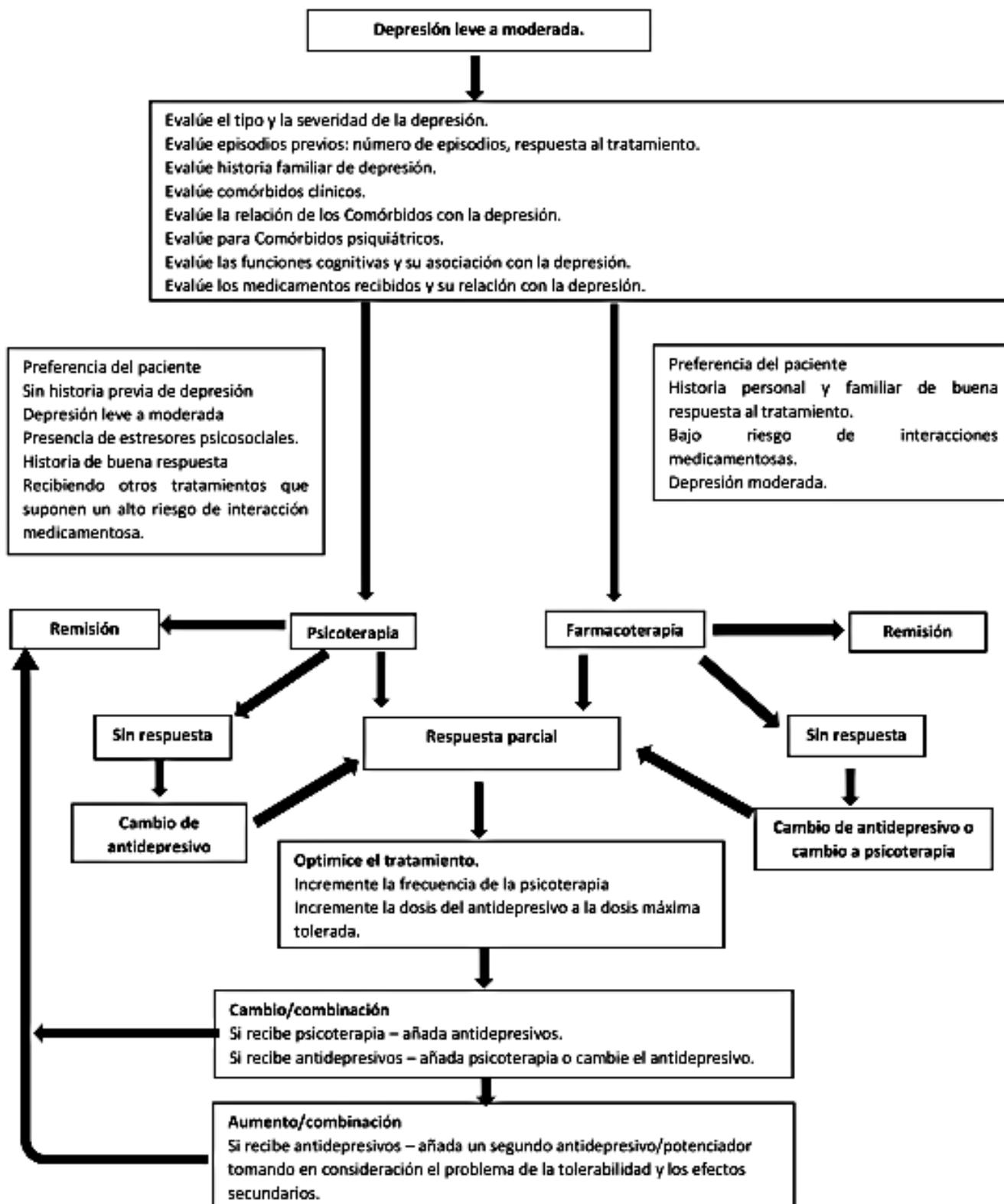


Figura 3. Algoritmo de tratamiento para la depresión severa en el adulto mayor.

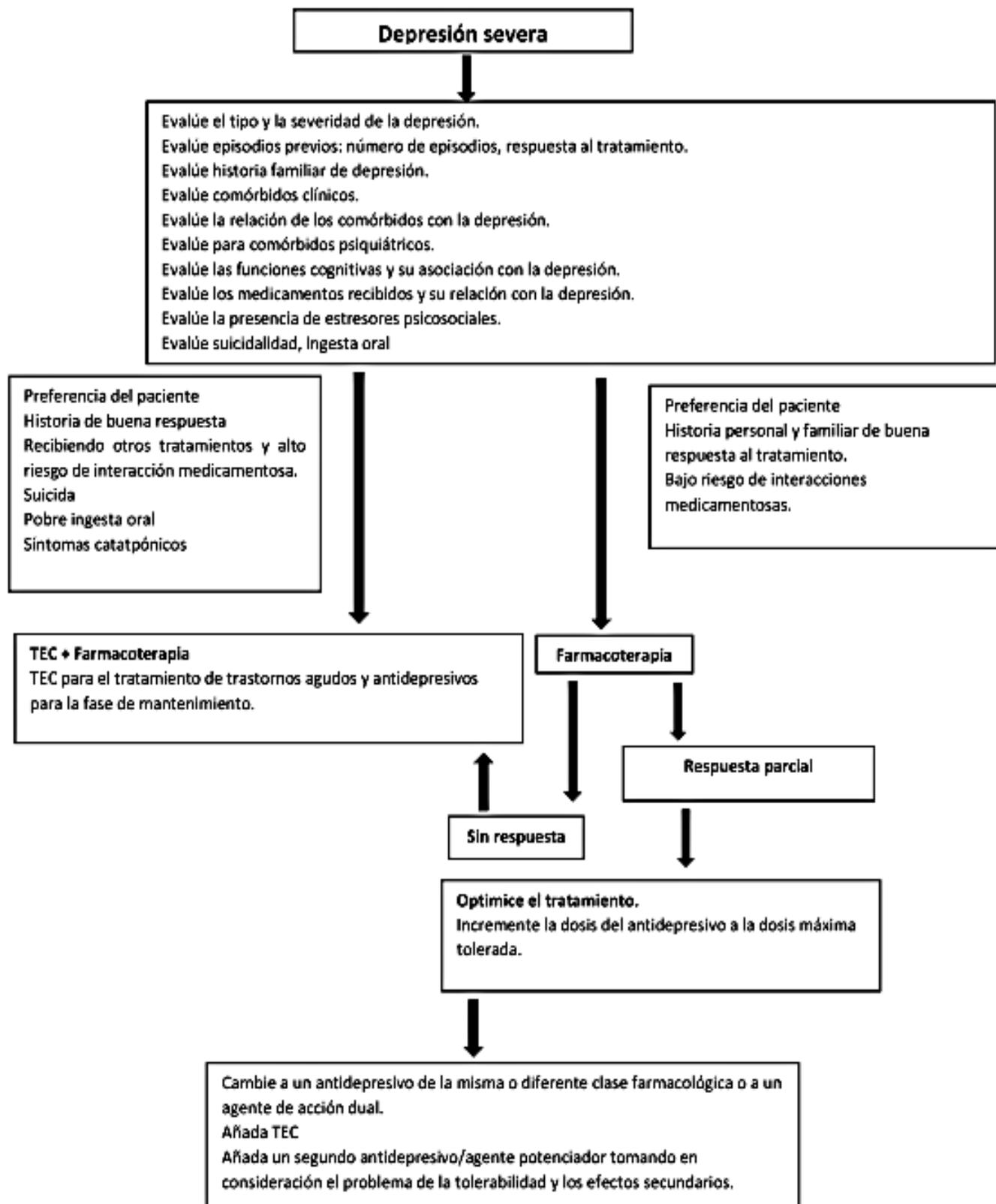


Figura 4. Algoritmo de tratamiento para respuesta inadecuada a la primera terapia antidepresiva en el adulto mayor.

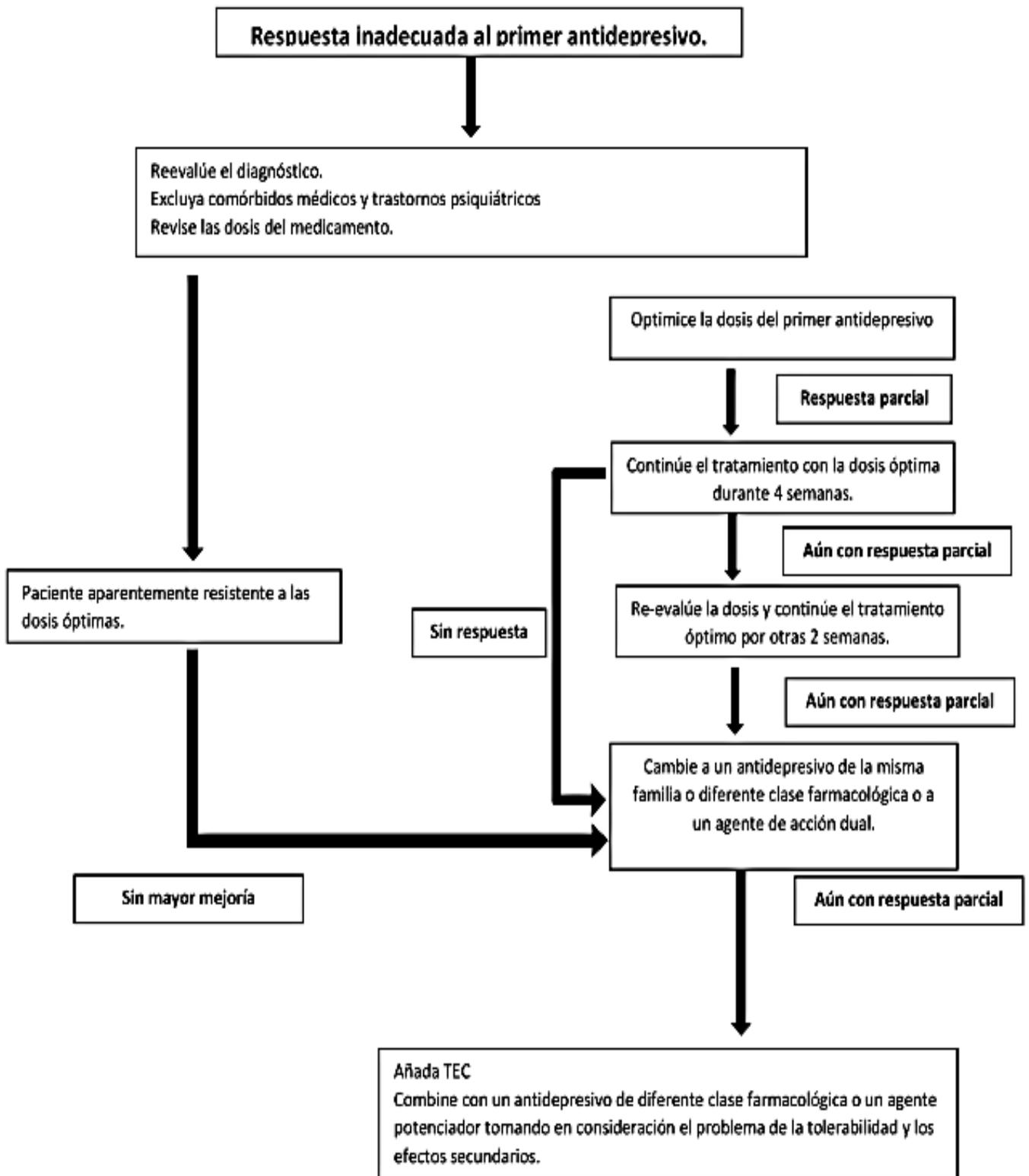
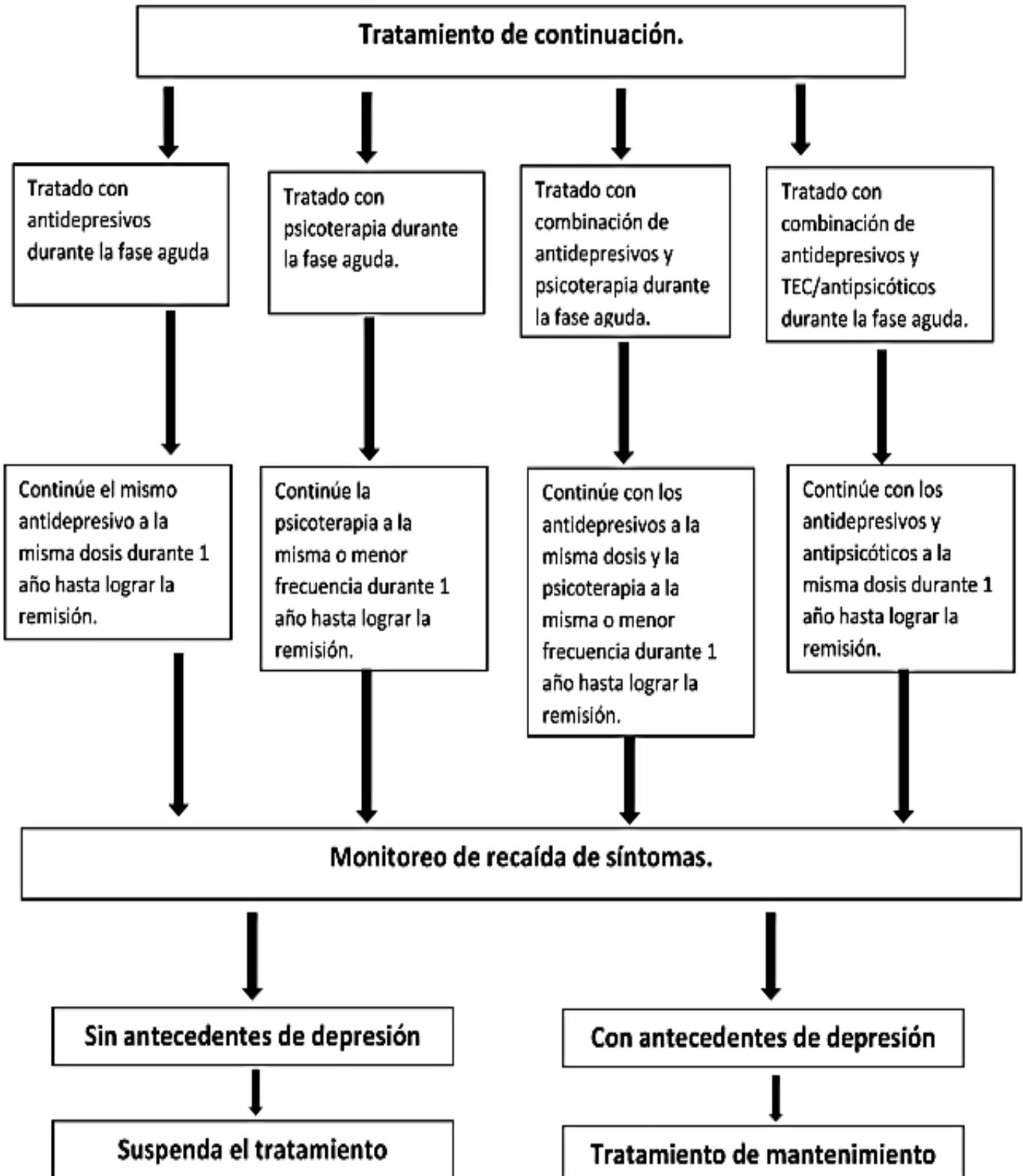
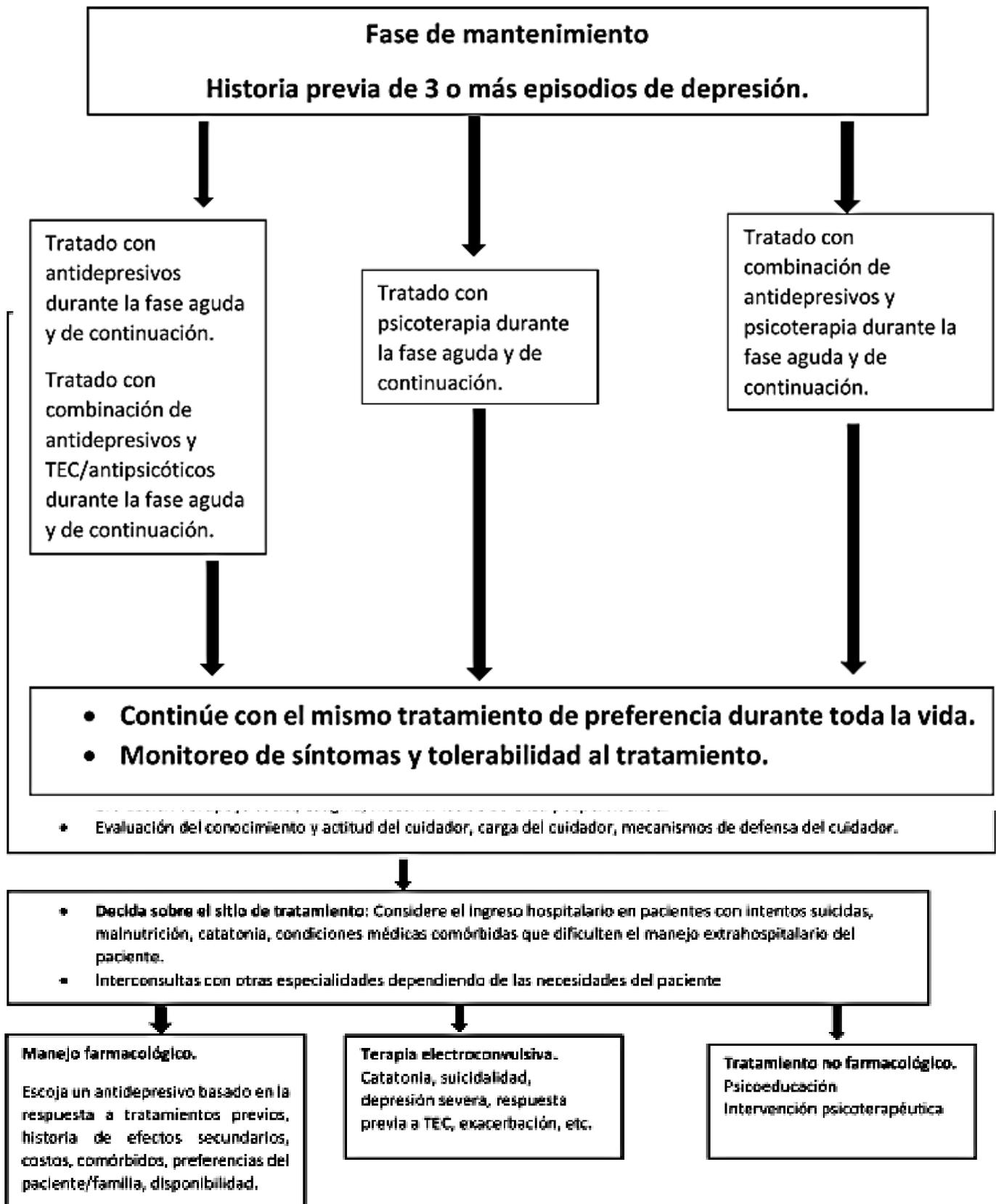


Figura 5. Algoritmo de tratamiento de continuación para la depresión en el adulto mayor.



A) Figura 6. Algoritmo de tratamiento para la fase de mantenimiento de la depresión en el adulto mayor.



11. Anexos.

Anexo 1. Criterios Diagnósticos Depresión CIE-10.

Criterio A

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días:

<i>Síntomas</i>	<i>Preguntas</i>
Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía, falta de iniciativa y/o irritabilidad.	¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido?
Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer?
Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad.	¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya realizado sus actividades habituales?

- Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión, y está indicado pasar a las preguntas del criterio B, para diagnóstico de certeza y grado en caso de existir.

- Si todas las respuestas son negativas, no continuar con la entrevista.

Criterio B

En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días: (Se evalúa por síntomas positivos, y las preguntas sirven para explorar los síntomas; una o más respuestas positivas de las preguntas de un síntoma lo hacen positivo):

<i>Síntomas</i>	<i>Preguntas</i>
Disminución de la atención y concentración	¿Ha presentado dificultad para pensar o concentrarse en actividades como leer, platicar, ver la televisión, o realizar sus tareas domésticas? ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones, en cosas que antes no le costaban trabajo?
Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad	¿Se ha sentido inferior a otras personas? ¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?
Ideas de culpa y de ser inútil	¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor? ¿Se siente inútil para realizar las actividades que habitualmente realiza?
Perspectiva sombría del futuro	¿Ha perdido la esperanza en el futuro?
Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).	¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito? ¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?
Trastornos de sueño (Insomnio o hipersomnia)	¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido o se ha despertado más temprano de lo habitual? ¿Permanece dormido más tiempo del habitual? ¿Le cuesta trabajo despertar por la mañana, después de haber dormido el tiempo habitual?
Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones	¿Ha pensado usted en morir o desaparecer? ¿Ha pensado usted en querer matarse?

Anexo 2 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

	Si	No
1. ¿Está satisfecho (a) con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido (a)?	1	0
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6. ¿Está molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	1	0
7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que algo le vaya a suceder?	1	0
9. ¿Se siente contento (a) la mayor parte del tiempo?	0	1
10. ¿Se siente frecuentemente desamparado (a)?	1	0
11. ¿Se siente intranquilo (a) y nervioso (a) con frecuencia?	1	0
12. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?	0	1
14. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ahora?	0	1
16. ¿Se siente desanimado (a) o triste con frecuencia?	1	0
17. ¿Siente que nadie lo aprecia?	1	0
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?	1	0
19. ¿Cree que la vida es muy interesante?	0	1
20. ¿Le es difícil comenzar con nuevos proyectos?	1	0
21. ¿Se siente lleno (a) de energía?	0	1
22. ¿Siente que su situación es desesperante?	1	0
23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?	1	0
24. ¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	1	0
25. ¿Tiene ganas de llorar con frecuencia?	1	0
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	1	0
27. ¿Disfruta el levantarse por las mañanas?	0	1
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	1	0
29. ¿Le es fácil tomar decisiones?	1	0
30. ¿Esta su mente tan clara como solía estar antes?	0	1

Anexo 3. Escala de depresión geriátrica de Yesavage abreviada.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE

1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	SI	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	SI	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	No
8. ¿ Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	No
9. ¿ Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	No
10. ¿ Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	No
11. ¿ En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	No
12. ¿ Actualmente se siente un/a inútil?	SI	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	SI	No
14. ¿ Se siente sin esperanza en este momento?	SI	No
15. ¿ Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	No
PUNTUACIÓN TOTAL		

Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.

Anexo 4. Escala Hamilton de Depresión.

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Anexo 5. Índice de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland.

Índice de Barthel

COMER

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
- 5 NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por sí solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
- 0 DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda

DEPOSICION

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
- 0 INCONTINENTE

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda

TRASLADO SILLÓN-CAMA (Transferencia)

- 15 INDEPENDIENTE No precisa ayuda
- 10 MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
- 0 DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado

DEAMBULACION

- 15 INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- 10 NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones

< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve

Anexo 6. Criterios de Referencia Trastornos depresivos. Normas y Procedimientos de Referencia, Retorno e Interconsulta del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Marzo 2020

PATOLOGÍAS DE REFERENCIA A EMERGENCIA.		
CRITERIOS DE REFERENCIA.	REQUISITOS.	CRITERIOS DE RETORNO.
<ul style="list-style-type: none"> • EPISODIO PSICÓTICO AGUDO. • TRASTORNO BIPOLAR (FASE MANÍACA) (DESCOMPENSADO) • INTENTO O IDEACIÓN SUICIDA. • EPISODIO DEPRESIVO GRAVE. (DEPRESIVO AGITADO O CON INTENTO SUICIDA). 	<ul style="list-style-type: none"> - CON EVALUACIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA, SEGÚN CONDICIÓN. 	<ul style="list-style-type: none"> - SEGÚN CRITERIO MEDICO

TRASTORNOS DEPRESIVOS.		
CRITERIOS DE REFERENCIA	REQUISITOS	CRITERIOS DE RETORNO
<ul style="list-style-type: none"> • DEPRESIÓN MODERADA-GRAVE DE AL MENOS DOS SEMANAS. • EVOLUCIÓN. • IDEAS DE MUERTE. • RESULTADO TERAPEÚTICO. • INSATISFACTORIO AL SER TRATADO POR MEDICINA GENERAL POR AL MENOS DOS SEMANAS EN DEPRESIONES LEVES. • TODA DEPRESIÓN GRAVE DEBE SER REFERIDA • TODA DEPRESIÓN TRATADA A DOSIS ADECUADA Y QUE NO MEJORE A 4 SEMANAS DE TRATAMIENTO ADECUADO. 	<ul style="list-style-type: none"> - SIN COMORBILIDAD MÉDICA QUE EXPLIQUE LOS SINTOMAS. 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROL DE SINTOMAS POR MAS DE 6 MESES CON TRATAMIENTO. - TENER DIAGNOSTICO ESTABLECIDO. - TRATAMIENTO ADECUADO. - PACIENTE ESTABLE.
INTERCONSULTA: SINTOMAS DEPRESIVOS POST PARTO POR MAS DE DOS SEMANAS, EFECTOS SECUNDARIOS A PSICOFARMACOS.		

TRASTORNOS DEPRESIVOS.		
FACTORES DE RIESGO.	VARIABLE.	PUNTAJE.
• COMORBILIDAD PSIQUIATRICA.	- SI.	1
	- NO.	0
• ENFERMEDAD MEDICA CRONICA.	- PARKINSON, DEMENCIA, CANCER, FRAGILIDAD, CARDIOPATIA ISQUEMICA, ENTRE OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS SEVERAS.	1
	- NO.	0
• ESCALA DE BECK.	- >15 PUNTOS.	1
	- <15 PUNTOS.	0
• EDAD.	- >65 AÑOS.	1
	- <65 AÑOS.	0
• APOYO SOCIAL Y FAMILIAR.	- SI.	0
	- NO.	1
• EPISODIOS PREVIOS DEPRESIVOS.	- SI.	1
	- NO.	0
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO.		
• RIESGO ALTO.		4-6 PUNTOS
• RIESGO MEDIO.		2-3 PUNTOS
• RIESGO BAJO.		0-1 PUNTO

Anexo 7. Inventario de depresión de Beck. BID

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad	<input type="radio"/> No estoy más irritable que normalmente <input type="radio"/> Me irrito con más facilidad que antes <input type="radio"/> Me siento irritado todo el tiempo <input type="radio"/> Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social	<input type="radio"/> He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto <input type="radio"/> Me interesa por la gente menos que antes <input type="radio"/> No he perdido mi interés por los demás <input type="radio"/> He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión	<input type="radio"/> Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones <input type="radio"/> Tomo mis decisiones como siempre <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones en absoluto <input type="radio"/> Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal	<input type="radio"/> Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado <input type="radio"/> Me siento feo y repulsivo <input type="radio"/> No me siento con peor aspecto que antes <input type="radio"/> Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral	<input type="radio"/> Puedo trabajar tan bien como antes <input type="radio"/> Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa <input type="radio"/> No puedo trabajar en nada <input type="radio"/> Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo <input type="radio"/> No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño	<input type="radio"/> Duermo tan bien como antes <input type="radio"/> Me despierto más cansado por la mañana <input type="radio"/> Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir <input type="radio"/> Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche <input type="radio"/> Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme <input type="radio"/> Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas <input type="radio"/> No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio	<input type="radio"/> Me canso más fácilmente que antes <input type="radio"/> Cualquier cosa que hago me fatiga <input type="radio"/> No me canso más de lo normal <input type="radio"/> Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito	<input type="radio"/> He perdido totalmente el apetito <input type="radio"/> Mi apetito no es tan bueno como antes <input type="radio"/> Mi apetito es ahora mucho menor <input type="radio"/> Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso	<input type="radio"/> No he perdido peso últimamente <input type="radio"/> He perdido más de 2,5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 5 kg <input type="radio"/> He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría	<input type="radio"/> Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas <input type="radio"/> Estoy preocupado por dolores y trastornos <input type="radio"/> No me preocupa mi salud más de lo normal <input type="radio"/> Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Libido	<input type="radio"/> Estoy menos interesado por el sexo que antes <input type="radio"/> He perdido todo mi interés por el sexo <input type="radio"/> Apenas me siento atraído sexualmente <input type="radio"/> No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

12. Bibliografía.

- 1) Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. Gac Méd Mex 2007; 143(2): 141-148.
- 2) Olmedo A. comportamiento epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. México: Universidad de Colima, 2005 [Internet]. [consultado 25 Julio 2019]. Disponible en: <https://core.ac.uk/display/143246706>.
- 3) Guía de prácticas clínicas para el diagnóstico y tratamiento de depresión en el adulto mayor.
- 4) Anónimo. Tendencias en envejecimiento y salud El Salvador. [Internet]. Helpage.org. 2019 [consultado 25 Julio 2019]. Disponible en: <https://www.helpage.org/silo/files/gawi-salud-el-salvador.pdf>
- 5) Navas Orozco W. Depresión, el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (607) 495 - 501, 2013 [Internet]. [consultado 15 junio 2020]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133t.pdf>
- 6) Fernández Fernández C, Caballer García J, Saiz Martínez PA, et al. Depression in the elderly living in a rural area and other related factors. Actas Esp Psiquiatr 2006; 34(6): 355-361.
- 7) Gómez Ayala AE. La depresión en el anciano: Clínica y tratamiento. Revista Divulgación Sanitaria Ámbito Farmacéutico 2007; 26(9): 80-94
- 8) Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2ª Edición. Washington, D.C.: OPS, © 2011.
- 9) Salech F. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev. Med. Clin. 2012; 23(1) 19-29
- 10) CONDES - 2012; 23(1) 19-29
- 11) Ugalde, O. 2010. Guía Clínica Para el Tratamiento de Trastornos Psicogeriatricos. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
- 12) Pérez Martínez Víctor T., Arcia Chávez Nora. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Sep [consultado 20 junio 2020] ; 24(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000300002&lng=es.
- 13) Martínez, Víctor & Arcia, Nora. (2008). Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 24.
- 14) Cattell H, Jolley DJ. One hundred cases of suicide in elderly people. Br J Psychiatry 1995; 166: 451-7.

- 15) Ducharme J. Como prepararse para la avalancha geriátrica que se viene- un cambio de paradigma en la unidad de urgencia. Revista Médica Clínica Las Condes. [Internet]. 2017. [consultado 26 julio 2019]; 28(2): 277-281. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300433>
- 16) OMS, Organización Mundial de la Salud. La Salud Mental y los adultos mayores 2018. [consultado 4 Julio 2020] [internet]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- 17) Redondo Vega, MV, Ginés Llorca R (dir), Díez Sánchez M A (dir), Blázquez Arroyo JL (dir). Psicogeriatría: depresión y estilos de afrontamiento. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/121404>
- 18) Norman MA, Whooley ME, Lee K. Depression and other mental health issues. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. Current Geriatric Diagnosis and treatment. International edition : McGraw-Hill, 2004: 100-113.
- 19) Desautels R. Traitement de la dépression en gériatrie. In: Allard JHPPM, editor. Vieillesse et problèmes de santé mentale. Actes du congrès scientifique, Sherbrooke 2003. Sherbrooke, Canada: EDISEM, 2004.
- 20) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1982-1983; 17: 37-49
- 21) Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M^a C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R.. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam [Internet]. 2002; 12(10): 26-40.
- 22) Campos Zamora M, Hernández Cuéllar CX, Sotolongo García Y, Oliva Sánchez R. La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria.. revmedicaelectronica [Internet]. 2014 [citado 2020 Jul 20]; 30(5): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/545>
- 23) Avasthi, Ajit & Grover, Sandeep. (2018). Clinical Practice Guidelines for Management of Depression in Elderly. Indian journal of psychiatry. 60. S341-S362. 10.4103/0019-5545.224474. Disponible en: http://www.indianjpsychiatry.org/temp/IndianJPsychiatry607341-1627479_043114.pdf
- 24) Gisela Espinosa-Cuervo G, López-Roldán VM, Escobar-Rodríguez DÁ, et al. Programa para la rehabilitación funcional del adulto mayor. Mejorar la marcha, el equilibrio y la independencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013; 51(5): 562-573.

- 25) Inventor, B. R., Henricks, J., Rodman, L., Imel, J., Holemon, L., & Hernandez, F. (2005). The impact of medical issues in inpatient geriatric psychiatry. *Issues in mental health nursing*, 26(1), 23–46. <https://doi.org/10.1080/01612840590883591>
- 26) Normas y Procedimientos de Referencia, Retorno e Interconsulta del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Marzo 2020