

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN:**

**INCIDENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS  
DE LA TERCERA EDAD CON ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE  
CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD  
FAMILIAR INTERMEDIAS DE HATO NUEVO, SAN ALEJO; SAN JOSÉ  
DE LA FUENTE, LA UNIÓN Y CHIRILAGUA, SAN MIGUEL EN EL AÑO  
2018.**

**PRESENTADO POR:**

**MELVIN ALEXI MERLOS GIRÓN  
MADELIN VICTORIA OVIEDO LÓPEZ  
JOSÉ FABRICIO PAZ ARIAS**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

**DR. HENRRY GEOVANNI MATA LAZO**

**DICIEMBRE DE 2018**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR:**

**AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO  
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESUS JOYA ÁBREGO  
VICERRECTOR ACADEMICO.**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS  
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**MAESTRO CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ  
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN  
FISCAL GENERAL**

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ  
VICEDECANO**

**MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ  
SECRETARIO**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA  
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA  
UNIVERSIDAD DE EL SAVADOR, MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**ASESORES**

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO**

**DOCENTE ASESOR**

**TRIBUNAL CALIFICADOR**

**DOCTORA XENIA AIMÉE GARCIA ORTIZ.  
PRESIDENTE**

**DOCTOR RADAMES VALDEMAR VILLATORO CAMPOS  
SECRETARIO**

**DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO  
VOCAL**

## **HOJA DE APROBACION.**

Melvin Alexi Merlos Girón	MG08041
Madelin Victoria Oviedo López	OV09005
José Fabricio Paz Arias	PA09010

**INCIDENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS DE HATO NUEVO, SAN ALEJO; SAN JOSÉ DE LA FUENTE, LA UNIÓN Y CHIRILAGUA, SAN MIGUEL EN EL AÑO 2018.**

Este trabajo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

**Dra. Xenia Aimée García Ortiz**  
**Tribunal Calificador**

**Dr. Radames Valdemar Villatoro Campos**  
**Tribunal Calificador**

**Dr. Henryr Giovanni Mata Lazo**  
**Docente Asesor**

**Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo**  
**Coordinadora General de Procesos de Graduación**

**Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay**  
**Jefe del Departamento**

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2018.

## **AGRADECIMIENTOS.**

<b>Universidad De El Salvador</b>	Por su formación integral y forjar en nosotros un ser del saber.
<b>A nuestros catedráticos</b>	Dadores de conocimiento amistad y apoyo durante nuestra formación.
<b>A nuestros asesores de tesis</b>	Dr. Henry Giovanni Mata Lazo, por su tiempo, orientación, comprensión y dedicación
<b>A nuestros revisor de tesis</b>	Lic. Elba Margarita Berrios Castillo por su apoyo profesional e incondicional.
<b>Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias.</b>	Por permitirnos realizar nuestro trabajo investigación y adquirir experiencia.



## **DEDICATORIA.**

**A Dios:** Por ser Él la fuente de sabiduría y permitirnos lograr un nuevo éxito siendo Él ser más especial en nuestras vida.

**A mis padres y familia:** Por todo el apoyo moral y comprensión que nos han brindado. Por su ejemplo durante este proceso y que este triunfo sea una forma de honrarles y agradecerles por su sacrificios hacia nosotros.

Por sus consejos y recordando aquellos seres queridos no ya no están pero que nuestros corazones siempre vivirán.

**A mis amigos y compañeros:** Por los momentos vividos y compartidos, por su apoyo incondicional y desinteresado, los llevaremos en nuestros corazones.

## **TABLA DE CONTENIDOS.**

LISTA DE TABLAS.....	11
LISTADO DE GRAFICAS.....	12
LISTADO DE ANEXOS.....	13
RESUMEN.....	14
1. INTRODUCCIÓN .....	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
4. MARCO TEÓRICO .....	23
5. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	69
6. DISEÑO METÓDOLOGICO .....	70
7. RESULTADOS.....	74
8. DISCUSIÓN .....	86
9. CONCLUSIONES.....	87
10. RECOMENDACIONES. ....	89
11. BIBLIOGRAFÍA .....	91
12. ANEXOS.....	92

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población en las USCFI de estudio.....	70
Tabla 2: Distribución de la muestra en las diferentes unidades de salud.....	71
Tabla 3: Sexo de la población estudio. ....	74
Tabla 4: Ubicación de la población estudio.....	75
Tabla 5: Realiza trabajo la población estudio.....	76
Tabla 6: Frecuencia de la Enfermedades crónicas no degenerativas. ....	77
Tabla 7. Correlación de enfermedades crónico degenerativas con presencia de síntomas depresivos y si desempeñan trabajo .....	79
Tabla 8: Correlación de estado civil con presencia de síntomas depresivos. ....	82
Tabla 9: Correlación de sexo con presencia de síntomas depresivos. ....	84

## LISTADO DE GRAFICAS.

Grafica 1: Sexo de la poblacion de estudio .....	74
Grafica 2: Ubicación de la población estudio .....	75
Grafica 3: Realiza trabajo la población estudio. ....	76
Grafica 4: Frecuencia de la Enfermedades crónicas no degenerativas.....	78
Grafica 5: Correlación de enfermedades crónicas degenerativas con presencia de síntomas depresivos y si desempeña trabajo. ....	81
Grafica 6: Correlación del estado civil con presencia de síntomas depresivos.....	83
Grafica 7: Correlación de sexo con presencia de síntomas depresivos. ....	85

## **LISTADO DE ANEXOS.**

Anexo 1: Presupuesto financiero .....	92
Anexo 2: Cronograma de actividades.....	93
Anexo 3: Consentimiento informado .....	94
Anexo 4: Cuestionario Dirigido a la población. ....	95
Anexo 5: Siglas y abreviaturas.....	98
Anexo 6: Glosario.....	99

## RESUMEN

La tercera edad es un proceso normal y fisiológico de la vida, que todo ser vivo debe pasar, sin embargo muchas ocasiones este ciclo aumenta la predisposición a diferentes enfermedades crónicas, y ellos con lleva que este grupo de población desarrolle síntomas depresivos. El **Objetivo** que se buscaba era determinar la incidencia de los síntomas depresivos en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas que consultan las Unidades Comunitarias en Salud Familiar Intermedias de Hato Nuevo, San Alejo; San José de la Fuente, La Unión y Chirilagua, San Miguel. Así como determinar el perfil epidemiológico de los pacientes de la tercera edad; identificar las enfermedades crónicas que más afectan a la población de estudio; establecer cuales enfermedades crónicas influyen en los síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad; identificar los síntomas depresivos en pacientes sujetos a estudios; identificar el sexo más predominante en la población sujeto de estudio. La **Metodología:** este estudio fue de tipo prospectivo, transversal, determinado por una población de 120 pacientes, los cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, como son la edad, la patología de base, la información de obtuvo a través de la aplicación de técnicas de campo como es la encuesta, la cual permitió la identificación de los síntomas depresivos y así ampliar el conocimiento en esta población. **Resultado:** Se determinó que existen síntomas depresivos en la población estudiada. **Conclusiones:** existen síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas predominantemente en sexo femenino y las que no laboran.

**Palabras claves:** Incidencia, depresión, adulto mayor, sexo, estado civil, trabajo

## SUMMARY

The third age is a normal and physiological process of the life, that all alive being must pass, nevertheless many occasions this cycle increases the predisposition to different chronic diseases, and they with leads that this group of population develops depressive symptoms. The **objective** was to determine the incidence of depressive symptoms in elderly people with chronic diseases consulted by the intermediate Family Community Health Units of Hato Nuevo, San Alejo, San José de la Fuente, La Unión and Chirilagua, San Miguel. As well as determining the epidemiological profile of elderly patients; identifying the chronic diseases that most affect the study population; rank which chronic diseases influence depressive symptoms in elderly patients; grade the symptom of depressive syndrome in study patients; Identifying the most predominant sex in the study population. **Methodology:** this study was of a prospective, transverse type,

determined a population of 120 patients, which met the inclusion and exclusion criteria, such as age, basic pathology, information obtained through the application of field techniques such as the survey, which allowed to determine the identification of depressive symptoms and thus expand knowledge in this population. **Result:** It was determined that depressive symptoms exist in the studied population. **Conclusions:** there are depressive symptoms in elderly patients with chronic degenerative diseases predominantly in women and those who do not work.

Key words: Incidence, depression, older adult, sex, marital status, work

## 1. INTRODUCCIÓN

El trabajo contiene 16 capítulos los cuales comprenden; un resumen donde se detallan los puntos más importantes del estudio, un planteamiento del problema el cual contiene la situación de la problemática en el país, enunciado del problema el cual establece la pregunta ¿Cuál es la incidencia de los síntomas depresivos en las personas de la tercera edad con enfermedades crónicas que consultan en las Unidades Comunitaria de Salud Familiar Intermedias de Hato Nuevo, San Alejo; San José de la Fuente, La Unión y Chirilagua, San Miguel en el año 2018?, además una justificación. Tiene objetivo general, como específicos para determinar la problemática antes mencionada. Contiene además marco teórico que conlleva las patologías más frecuente de los pacientes de la tercera edad como lo son la Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertension Arterial Crónica, Enfermedad Renal Crónica y así como la depresión estableciendo en cada una de ellas definición, manifestaciones, evolución de la enfermedad, método diagnóstico y tratamiento tanto farmacológico; como no farmacológico.

La Operalización de las variables las cuales contiene definiciones conceptuales de cada variable, dimensiones así como los indicadores de cada una. El diseño metodológico que con lleva, tipo de estudio que es cualitativo, longitudinal, prospectivo, explicativo. En la cual se estableció una población de 280 pacientes, a los cuales se les aplicaron los criterios de inclusión y exclusión dando como resultado a 120 pacientes, el tipo de muestra que era no probabilística, técnicas de recolección de información como son documentales, revista, artículos, libros y trabajos de investigación médica. Técnica de trabajo de campo que en esta caso se utilizó la escala de Yessavage modificada con 15 preguntas.

Contiene además resultados de la investigación; donde se pretendió determinar la incidencia de síntomas depresivos en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas a través del análisis e interpretación de datos estadísticos, de donde surge una discusión que nos permite comparar estudios con esta investigación. A través del análisis e interpretación de los datos estadísticos se pueden extraer conclusiones y recomendaciones las cuales van dirigidas a los diferentes actores en la atención de salud del adulto mayor. Contiene un cronograma de actividades, un presupuesto financiero detallado, consideraciones éticas de las cuales estuvo sujeta el estudio, la fuente bibliográfica así como los anexos; donde se incluye el consentimiento informado, la encuesta, siglas, abreviaturas y el glosario.



## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 Situación problemática**

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo. A nivel mundial el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicaciones económicas y sociales, así mismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras.

En El Salvador como en varios países de América Latina el proceso de envejecimiento se produce en un contexto de pobreza e inequidades, con una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del tamaño de las fuentes de apoyo producto de los cambios en la estructura y composición familiar.

Una de las principales patológicas que afecta al adulto mayor en nuestro país según el estudio NEFROLEMPA 2009, es la enfermedad renal crónica, la cual se ha convertido en un problema de salud pública de alta prioridad por el alto costo de los tratamientos dialíticos y la saturación de los hospitales de tercer nivel. Se estima que en áreas de alta prevalencia como en la zona del Bajo Lempa hay una prevalencia de hasta un 18% en población mayor de 18 años, con un perfil epidemiológico característico de ser habitantes de zonas rurales costeras agricultores, la prevalencia del 25.7% en el sexo masculino y edades entre los 20 a 50 años, con riesgos comunes como altos niveles de exposición a productos agroquímicos, acceso a agua de mala calidad para el consumo, consumo de bebidas alcohólicas artesanales, entre otros. Por ello se habla de una doble carga de factores de riesgo para la Enfermedad Renal Crónica, aquellos que son comunes a las enfermedades crónicas no transmisibles y las tóxico-ambientales como riesgos ocupacionales por ello constituye ser una enfermedad trazadora de las Enfermedades crónica No Trasmisibles (1).

En cuanto a Diabetes se tiene una prevalencia a nivel nacional de un 11% y existe un carente acceso a medicamentos esenciales como insulina y otros medicamentos así como un sistema de referencia

y retorno poco eficiente (2). Situación similar acontece con las enfermedades cardiovasculares que constituyen la segunda causa de muerte en población mayor de 25 años a nivel nacional y que urge la sistematización de la atención en el primer y segundo nivel a través de lineamientos y guías que favorezcan la atención de estos pacientes en red de manera estandarizada.

En los últimos cinco años se ha registrado un incremento de casos de depresión, suicidios, intentos suicidas, ansiedad y psicosis. Para el año 2009 la tasa de suicidios se cuantificaba en 10 por cada 100 mil habitantes, siendo un 50% de los casos en personas entre los 14 y 65 años y a predominio del sexo femenino en cuanto a intento suicida y masculino en suicidio consumado. Asimismo, se ha registrado un incremento del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de la población joven a predominio del sexo masculino.

Por lo tanto, ha surgido la prioridad de la descentralización de la atención en salud mental del hospital psiquiátrico a los hospitales generales y en la atención primaria y a nivel comunitario, para ello se implementa un Convenio de cooperación entre países: Cuba, Guatemala y El Salvador para desarrollar un plan que facilite este proceso y que pueda servir a la región como una experiencia a compartir.

En El Salvador ha existido la tendencia a evadir los derechos y las necesidades particulares de esta población y por ende los esfuerzos por brindar la atención en este campo se ven reducidas. El Registro Nacional de Personas Naturales cuantifica hasta Julio de 2010 más de 253 mil personas mayores portadoras de alguna enfermedad crónica degenerativa y las cuales se ven afectadas por depresión, equivalente al 4% de la población total del país. El 41% son personas mayores de 65 años, y el 60% son hombres. El 66.3% de estas personas viven en zonas rurales. Estas personas no cuentan, a la fecha, con una política de rehabilitación integral que otorgue debida atención a sus derechos y necesidades (1).

Las causas más frecuentes de depresión en una gran proporción son prevenibles y están vinculadas a la atención integral de las enfermedades no transmisibles tanto las crónicas degenerativas como las lesiones de causa externa. No se cuenta con datos precisos a cerca de la accesibilidad a servicios de rehabilitación integral de base comunitaria y el entorno sociocultural de las personas con discapacidad. La limitada accesibilidad urbanística, de oportunidades educativas y laborales y

oferta de los servicios de rehabilitación para las personas identificadas con síntomas depresión como prioridad con un enfoque en la necesidad de la rehabilitación.

### **1.1.1 Caracterización de las unidades de salud**

El estudio se realizará en las UCSF intermedias de Hato Nuevo, San Alejo; San José de La Fuente, La Unión y Chirilagua, San Miguel las cuales brindan atención primaria en salud a poblaciones de región urbanas y rurales mixtas. Las cuales se caracterizan por tener las siguientes atenciones: Atención del adulto mayor con enfermedades crónicas degenerativas (Hipertensión Arterial Crónica, Diabetes Mellitus tipo 2 y Enfermedad Renal Crónica). Atención del programa del adulto mayor; Atención de salud mental.

La UCSFI de los diferentes establecimientos deben velar por la atención integral en salud a la persona adulta mayor en conjunto de actividades para el abordaje biopsicosocial y mental de las personas adultas mayores, así como de las determinantes sociales ejecutadas en los diferentes niveles de atención, para asegurar la salud a las personas adultas mayores, el cual debe ser aplicado la detección del adulto mayor a través de clubes del adulto mayores como lo establece el Artículo: 11.- Las instituciones proveedoras de servicios de atención integral en salud a la persona adulta mayor, aprovecharán la organización que exista en la comunidad para fortalecer y/o organizar clubes de adultos mayores, con el fin de desarrollar actividades de salud, procesos de información, educación, socio recreativo y productivos e integrar a la población adulta mayor. Artículos 12.- Las instituciones proveedoras de servicios de atención integral en salud a la persona adulta mayor, deben establecer coordinación con los centros educativos del área geográfica de su responsabilidad, para desarrollar procesos informativos y educativos sobre las personas adultas mayores, respeto a los derechos fundamentales y el fomento de la relación intergeneracional. Para la identificación de las enfermedades físicas, mentales. Con la atención a la morbilidad y rehabilitación en el Artículo 24 dice: El equipo multidisciplinario de salud en la comunidad, realizará las acciones de atención a la morbilidad y rehabilitación siguientes: a) Brindar atención integral de acuerdo a normas, guías, protocolos y manuales de procedimientos establecidos para las personas adultas mayores. b) Promover la participación de la comunidad en la detección de personas adultas mayores con morbilidad, para su referencia al establecimiento de salud correspondiente o establecer la intervención necesaria en el momento oportuno. c) Fomentar en los diferentes grupos organizados, actitudes y prácticas saludables para la prevención y control de las enfermedades crónicas y sus

complicaciones, así como el aparecimiento de enfermedades del ámbito psíquico. d) Fomentar la participación activa e involucramiento de la comunidad en la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria. Y así establecer las buenas prácticas para la detención, intervención y manejo de paciente de la tercera edad.

## **2.2 Enunciado del problema**

¿Cuál es la incidencia de los síntomas depresivos en las personas de la tercera edad con enfermedades crónicas que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias de Hato Nuevo, San Alejo; San José de la Fuente, La Unión y Chirilagua, San Miguel en el año 2018?

## **2.3 Justificación**

Este trabajo determino el perfil epidemiológico del adulto mayor con énfasis en las patologías crónico degenerativo de consulta más frecuente que se atiende en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedias, y su vinculación con los síntomas depresivos que pueden presentar bajo ciertas condiciones e incidir en ésta. Es importante la individualización de la atención ya que cada uno tiene sus propias necesidades, y para tener un punto de vista más amplio de como reconocerlas es necesario realizar cambios de paradigma en la atención de los pacientes de la tercera edad encaminados a la mejora de la calidad y calidez que amerite.

Ante esta situación, el médico debe tener la información necesaria para así diagnosticar y determinar las enfermedades crónicas degenerativas y cuáles de estas se relacionan con el aparecimiento de los síntomas depresivos. De ahí que la labor del médico debe ser participativa e intermediaria para ver la necesidad de cada paciente.

Todos los médicos debemos estar preparados con el conocimiento adecuado para atender a los diferentes pacientes que presenten síntomas depresivos con enfermedades crónicas degenerativas, dependiendo del estadio catalogado, a pesar de no desempeñar la labor psicológica estamos en la necesidad de brindar la atención adecuada, cumpliendo con el juramento de salvaguardar la integridad física, emocional y espiritual de cada paciente. Y como sistema de salud debemos propiciar un papel activo en el mejoramiento de los pacientes de la tercera edad.

Por lo anterior, es necesario establecer un estudio que nos permita adquirir conocimientos que acceda a la identificación temprana de estos pacientes con síntomas depresivos para cumplir los principios de la Bioética.

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Objetivo General:**

Determinar la incidencia de los síntomas depresivos en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas que consultan las Unidades Comunitarias de Salud Familiares Intermedias de Hato Nuevo, San Alejo; San José de la Fuente, La Unión y Chirilagua, San Miguel.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- ) Determinar el perfil epidemiológico de los pacientes de la tercera edad.
- ) Identificar las enfermedades crónicas que más afectan a la población de estudio.
- ) Establecer cuales enfermedades crónicas influyen en los síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad.
- ) Conocer los síntomas depresivos en pacientes sujetos a estudios.
- ) Identificar el sexo más predominante en la población sujeto de estudio.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Definición de tercera edad**

La tercera edad o senectud es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

El ser humano pasa por las diferentes etapas de su vida de forma más o menos afortunada según los casos; al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos, motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vejez es el período de la vida en el cual el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hace cada vez más manifiesto en comparación con períodos anteriores.

Entendemos por tercera edad el grupo de personas mayores o ancianas. El intervalo de edad es muy amplio, existen varias generaciones. La vejez es un proceso fisiológico de todo ser humano, donde se producen cambios físicos así como psicológicos y sociales. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable.

Se suele decir que a partir de los 65 años ya empieza la tercera edad. Este punto de inflexión para un individuo suele ser caótico. La persona puede haber dejado de trabajar y se enfrenta a una serie de cambios físicos, psíquicos, personales y económicos a los que no sabe hacer frente, o no dispone de las herramientas suficientes.

El grupo de población mayor no es un grupo homogéneo. Cada persona en función de las experiencias vitales desarrolla procesos cognitivos, destrezas o sensibilidades específicas. Por tanto, no todos los individuos envejecen de la misma manera. Además, la etapa de la vejez supone actualmente una tercera parte de la vida de una persona, por tanto es lógico que sus necesidades vayan cambiando.

## 4.2 Caracterización de los pacientes de la tercera edad

Los cambios que se pueden producir en la vejez comportan varios aspectos:

Cambios en la salud: aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).

Cambios nutricionales: las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica.

Cambios en la eliminación: pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para el anciano.

Cambios en la actividad: el ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que el individuo se mantenga activo.

Cambios en el sueño: el patrón de descanso cambia, el individuo no sigue rutinas.

Cambios en la percepción: los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión..)

Cambios sociales: las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia. Muchas veces la persona tampoco se implica activamente en la sociedad.

Cambios sexuales: por limitaciones físicas en órganos sexuales, y pensamientos erróneos arraigados en la sociedad.

Cambios en auto concepto: la actitud, la identidad así como la imagen corporal de uno mismo cambia, y suele ser negativa. Disminuye la autoestima.

Cambios fisiológicos: las células envejecen, cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación en la piel (aparecen las arrugas).

El envejecimiento poblacional es un evento demográfico que lleva implícito una mayor demanda de servicios de salud por parte de los adultos mayores, este grupo de edad presenta las tasas más altas de morbilidad y discapacidad. Entre las morbilidades que más afecta este grupo poblacional tenemos las enfermedades crónicas degenerativas incluidas la hipertensión arterial crónica, la insuficiencia renal crónicas y la diabetes mellitus.



## **4.3 Enfermedades crónicas**

### **4.3.1 Hipertensión Arterial Crónica (3)**

#### **4.3.1.1 Definición**

Elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más consultas médicas.

#### **4.3.1.2 Etiología**

Esencial (90 %) y secundaria (10 %) que puede ser debida a coartación aórtica, enfermedad renovascular, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing e hipertiroidismo.

#### **4.3.1.3 Epidemiología**

La hipertensión es uno de los mayores problemas de salud pública y afecta aproximadamente más del 26 % de la población adulta de todo el mundo, según la OMS la hipertensión es la causa más frecuente de muerte, que si no se detecta y trata tempranamente conduce a Infarto al miocardio, accidente cerebro vascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica y muerte prematura. Más de un 80 % de la población con hipertensión no tiene la condición bajo control. Otros factores que contribuyen son obesidad, aumento de la ingesta dietética de sal, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, apnea del sueño, algunos fármacos y drogas como antiinflamatorios no esteroideos, anfetaminas, cocaína, anticonceptivos orales, corticoesteroides, enfermedad renal crónica y diabetes mellitus se han relacionado con hipertensión arterial refractaria.

#### **4.3.1.4 Manifestaciones clínicas y examen físico**

En la gran mayoría de casos la HTA se suele encontrar en pacientes asintomáticos durante un examen clínico.

#### **4.3.1.5 Clasificación de la hipertensión arterial (4)**

- Presión arterial normal: presión entre <120 y <80 mmHg.
- Prehipertensión: elevación de la presión arterial 120 - 129, y <80 mmHg.
- Hipertensión en etapa 1: valores entre 130 - 139, u 80 – 89 mmHg.
- Hipertensión en etapa 2: presión arterial entre 140 - 159, o 90 – 99 mmHg.
- Hipertensión en etapa 3: presión arterial 160 o 100 mmHg.

#### **4.3.1.6 Tratamiento (3)**

##### **4.3.1.6.1 No farmacológico**

1. Ejercicio: indicar treinta minutos de ejercicio, cinco veces por semana (150 minutos/semana), caminata a paso rápido o trote lento.
2. Baja ingesta de sodio: No agregar sal a la comida ya preparada, evitar el consumo de bebidas carbonatadas, comidas enlatadas, embutidos, quesos procesados, frituras saladas. Total permitido menos de dos gramos al día.
3. Control de peso: Promover una reducción saludable de peso, con apoyo de nutricionistas y clubes de hipertensos.
4. Moderación en el consumo de alcohol: Promover el no consumo del mismo.
5. Cese del tabaquismo.

##### **4.3.1.6.2 Farmacológico**

Los objetivos del tratamiento son lograr el control efectivo de la presión arterial y prevenir daño a órgano blanco.

- Diuréticos tiazidicos: Hidroclorotiazida; 12.5 -25 mg día.
- Diurético antagonista de aldosterona: Espironolactona: 50 - 100 mg día ( en ICC 25 mg día)
- Betabloqueadores: Propranolol: 20 - 40 mg 3 veces al día, Atenolol: 100 mg día, Carvedilol: 6.25-25 mg/día.
- Bloqueadores de calcio: Nifedipina retard: 30 mg día, Verapamilo 240 mg día, Amlodipina 2.5-10 mg día.
- Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECA); Enalapril 20 mg 2 veces día.
- Antagonista del receptor AT1 de Angiotensina II (ARA II): Irbesartan: 150 - 300 mg una vez al día, Candesartan: 16 - 32 mg una vez al día.

##### **4.3.1.7 Recomendaciones al cuidado del paciente (5)**

#### **En la valoración del paciente hipertenso**

- 1- El personal de salud debe medir la presión arterial al paciente hipertenso en cada consulta de control para determinar el riesgo cardiovascular y controlar el tratamiento antihipertensivo.

- 2- Se debe iniciar el tratamiento farmacológico en pacientes con presión arterial sistólica sostenida mayor a 160 mmHg o diastólica mayor de 100 mmHg. Se debe calcular el riesgo cardiovascular global en todos los pacientes- Hipertensos mediante la escala adaptada de Framingham.
- 3- A todo paciente con hipertensión arterial, en el estudio inicial se le debe realizar un electrocardiograma y posteriormente al menos una vez al año.

### **En el seguimiento del paciente hipertenso**

- 1- La meta de tratamiento en los pacientes hipertensos debe ser: Presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y la de presión arterial diastólica menor de 90 mmHg.
- 2- Todo paciente con tratamiento farmacológico debe evaluarse cada uno o dos meses dependiendo del nivel de presión arterial, hasta que las mediciones en dos visitas consecutivas estén por debajo de su meta.
- 3- El tratamiento farmacológico antihipertensivo tiene que administrarse, siempre que sea posible, en una única dosis diaria, si es un paciente que responde adecuadamente al tratamiento.
- 4- El personal de salud debe educar a los pacientes y a sus familiares acerca de su enfermedad y régimen de tratamiento.
- 5- En todos los pacientes hipertensos se debe vigilar periódicamente la aparición de diabetes mellitus (DM).

### **No farmacológicas**

- 1- La utilización combinada de medidas no farmacológicas es eficaz en el descenso de las cifras de presión arterial.
- 2- Informar a los pacientes de su riesgo cardiovascular global (Escala de Framingham) puede mejorar la efectividad de la modificación de los factores de riesgo.
- 3- Los pacientes hipertensos deben recibir consejo a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características. El ejercicio deberá incluir al menos, tres sesiones semanales de 45 a 60 minutos.
- 4- Se recomiendan las intervenciones en grupos organizados para la educación y promoción del autocuidado.

- 5- Las recomendaciones sobre el estilo de vida saludable se deben dar también a los pacientes con presión arterial normal-alta.
- 6- Los pacientes con hipertensión arterial esencial deben recibir consejo profesional para disminuir el consumo de sodio en la dieta.
- 7- Se recomienda una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio en todos los pacientes con hipertensión.
- 8- Se recomienda la ingesta de fibra a los pacientes hipertensos igual que en la población general.
- 9- Los pacientes con hipertensión arterial esencial y sobrepeso/obesidad, incluidos los que toman medicamentos antihipertensivos, deben recibir consejo de los profesionales para disminuir el peso.
- 10- Los pacientes hipertensos con consumo excesivo de bebidas alcohólicas deben recibir consejo para reducirlo al menos en un 60%.

### **4.3.2 Enfermedad renal Crónica (ERC) (3)**

#### **4.3.2.1 Definición**

La ERC es la situación clínica derivada de la pérdida permanente de la función renal, usualmente por más de tres meses y con carácter progresivo, inducida por múltiples etiologías principalmente: hipertensión, diabetes y otras patologías de origen inmunológico y adquiridas. En su etapa terminal requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal.

#### **4.3.2.2 Epidemiología**

La enfermedad renal crónica afecta cada año a un segmento cada vez más importante de la población salvadoreña en edad productiva y existe una alta y creciente inversión económica por parte del sistema de salud para su atención. En El Salvador la enfermedad renal ha aumentado al igual que en otros países, durante el 2008 se detectaron 2990 casos nuevos.

La mayoría de pacientes con enfermedad renal crónica poseen un nivel socioeconómico bajo y el 88.1 % un nivel de educación básica o ninguna escolaridad y la mayoría desarrolla actividades económicas de bajo ingreso. El sexo predominante es el femenino en relación de 3.1:1 en los estadios tempranos (del 1 al 3) pero la prevalencia de enfermedad renal crónica estadio 5 tiende a

ser similar tanto en hombres como en mujeres. La edad de los pacientes con ERC progresivamente va aumentando con cada década de la vida, la edad media es de cincuenta y nueve años; pero en los estadios 3-5 la edad de los pacientes es mayor de los sesenta y siete años.

La prevalencia de enfermedad renal crónica con función renal menor de 60 ml/ minuto es del 36.9%, valor elevado de tres a cuatro veces más que en otros países.

#### **4.3.2.3 Etiología**

La ERC se presenta en pacientes con las siguientes condiciones:

Hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, las cuales combinadas constituyen el 88.6% de los casos, glomerulopatías crónicas, antecedentes de uso indiscriminado de AINES, exposición a tóxicos o pesticidas, antecedente familiar de ERC, edad mayor de sesenta años.

#### **4.3.2.4 Manifestaciones clínicas**

Historia clínica: En los estadios 1 - 3 (filtración glomerular mayor de 30 ml / minuto) son generalmente asintomáticos y no sufren alteraciones clínicas evidentes en el equilibrio hidroelectrolítico y endócrino, ni tampoco alteraciones metabólicas.

En general, estas alteraciones se manifiestan clínicamente con ERC en estadios 4 - 5 (tasa filtración glomerular menor de 30 ml / minuto). Las manifestaciones urémicas en pacientes con ERC fase 5 se cree que son principalmente secundarias a una acumulación de toxinas de moléculas medias.

Los síntomas incluyen: malestar general y fatiga, prurito, dolor de cabeza, pérdida espontánea de peso, inapetencia, náuseas. También: piel anormalmente oscura o clara, dolor óseo. Síntomas del sistema nervioso como: somnolencia y confusión, problemas para concentrarse o pensar, parestesias en las manos, los pies u otras áreas, fasciculaciones musculares o calambres, aliento urémico, susceptibilidad a hematomas, sangrado o sangre en las heces, sed excesiva, singulto frecuente, pérdida de la lívido e impotencia, amenorrea, insomnio, síndrome de las piernas inquietas o apnea obstructiva del sueño y edema. El examen físico puede revelar hallazgos característicos de la enfermedad que indujo la ERC entre ellas el lupus, arteriosclerosis severa, hipertensión, diabetes o complicaciones de la enfermedad renal crónica como anemia, diátesis hemorrágica, pericarditis, edema, aliento urémico, tez oscura.

#### **4.3.2.5 Criterios diagnósticos**

Presencia de proteínas en orina, con o sin elevación de creatinina sérica. La presencia de proteínas en el examen general de orina (marcador independiente de disfunción renal) y la determinación de creatinina sérica que se utiliza para calcular la depuración de creatinina, son esenciales para catalogar al paciente en el estadio de la enfermedad renal crónica.

Todo paciente con una filtración glomerular de menor de 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> durante tres meses se clasifica como insuficiencia renal crónica, independientemente de la presencia o no de microalbuminuria, proteinuria, riñón en herradura, riñón único, litiasis, quistes. Muchos pacientes con ERC tienen antecedentes de enfermedades previas u otras enfermedades subyacentes, un número pequeño se presenta con ERC de causa desconocida.

#### **4.3.2.6 Clasificación según filtrado glomerular (6)**

En 2002 la NKF (National Kidney Foundation) publicó las guías K-DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) ha permitido unificar los criterios para la definición y clasificación de la ERC y así facilitar de forma sencilla y práctica el diagnóstico precoz de la enfermedad independientemente de la causa. De acuerdo a estas guías la ERC se define como la disminución de la función renal de forma persistente durante al menos 3 meses, expresada por:

- Alteración del filtrado glomerular < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>
- Presencia de daño renal: alteraciones histológicas en biopsia renal, o de forma indirecta por marcadores como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen.

#### **FILTRADO GLOMERULAR (FG)**

Es el mejor índice para evaluar la función renal. Él se mide a través del aclaramiento de una sustancia que corresponde al volumen de plasma del que ésta es totalmente eliminada por el riñón por unidad de tiempo.

Esta ecuación trata de obtener una estimación del FG a partir de la concentración de creatinina sérica, y de algunas variables demográficas y antropométricas (edad, sexo, peso, talla y etnia), obviando la necesidad de recoger orina de 24 horas.

Las ecuaciones de estimación del FG son más exactas y precisas que la valoración del mismo a partir de la medida exclusiva de creatinina. Existen más de 40 ecuaciones para estimar el FG

publicadas hasta la fecha, pero los algoritmos más difundidos para estimar el FG en adultos son el de Cockcroft-Gault.

La ecuación fue publicada en 1976 y ha sido habitualmente utilizada en el ajuste de dosis de fármacos. Se desarrolló para valorar el aclaramiento de creatinina a partir de una población de 236 individuos adultos, con un valor medio de aclaramiento de creatinina de 72,7 mL/min. Para la obtención de la ecuación se utilizó un análisis de regresión en el que intervinieron como variables la concentración sérica de creatinina, la edad y el peso. Se calcula:  $140 - \text{edad}$  multiplicado por peso (kilogramos) dividiendo el producto de esto entre 72 por creatinina sérica (mg/dl), si es mujer se multiplica el resultado por 0.85.

Dando como resultado:

- Estadio 1: FG 90 Daño renal con TFGe normal o elevada.
- Estadio 2: FG 60-89 Daño renal con disminución leve de la TFGe.
- Estadio 3: FG 30-59 Disminución moderada de la TFGe
- Estadio 4: FG 15-29 Disminución grave de la TFGe
- Estadio 5: FG < 15 (o diálisis) Falla renal.

### **Niveles de Atención (3)**

1. Los pacientes con ERC estadio 1 a 3 deben ser atendidos en el primer nivel de atención.( estadio 1 y 2 en Ecos familiar, y 3 en Ecos especializado)
2. Los pacientes con ERC Estadio 4 deben ser atendidos en un hospital de segundo nivel.
3. Los pacientes con ERC Estadio 5 deben ser atendidos en hospital de tercer nivel.

### **4.3.2.7 Tratamiento de enfermedad renal crónica**

#### **4.3.2.7.1 No farmacológico (7)**

- Trastornos electrolíticos Ingesta restringida de líquidos 500 a 1000 ml por día, si existe hiponatremia de lo contrario la persona debe satisfacer su sed. Ingesta de frutas y verduras restringida una porción de cada grupo de alimentos no mayor a 200 gramos por día. Restricción de consumo de sal de mesa. Restricción de consumo de potasio a través de los alimentos siguientes: de guineo(422mg de potasio), tomate, pescado, yogurt, aguacate (975mg), pasas de uvas, papa(751mg), hojas de acelga(961mg), espinaca(839mg),

remolacha, frijoles blancos (1189mg de K+), calabaza, ciruela(167mg por unidad); melón.

- Tratamiento de la diabetes mellitus En todos los individuos con ERC (CKD) hay que controlar la diabetes mellitus, hasta llegar a los valores recomendados mediante dietas. Glucosa en sangre de 80 a 110 mg/dl.

#### **4.3.2.7.2 Farmacológico (3)**

- Tratamiento de la hipertensión arterial en todos los individuos con ERC hay que controlar la presión arterial hasta llegar a los valores recomendados. Disminuir la presión arterial a 125/75 mmHg.

Si el paciente tiene hipertensión arterial, se debe iniciar terapia antihipertensiva con un bloqueador del sistema renina angiotensina aldosterona como Enalapril, si posteriormente presenta tos como efecto secundario, se le administra un ARA II como Candesartan, Irbesartan. No se debe utilizar IECA o ARA II en embarazadas, hipercalcemia o depuración de creatinina menor de 15 ml/minuto.

Si el paciente no es hipertenso y se encuentra con alguno o varios de los factores de riesgo de ERC, se le administra la medicación anterior, a dosis menores para no causar algún episodio de hipotensión como Enalapril 5 mg oral cada noche.

- Tratamiento de la anemia Etapa 3, es un signo casi constante en la etapa 4 de la enfermedad renal crónica. En el caso del individuo con ERC en quien aún no se inicia diálisis o en el paciente tratado con diálisis peritoneal, hay que intentar los suplementos de hierro por vía oral. Para personas con ERC estadios 4 y 5 en tratamiento con diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal, la anemia tiene cuatro posibles etiologías: sangrado, nutricional, deficiencia de eritropoyetina y enfermedades crónicas. Si se identifica la causa por deficiencia de eritropoyetina la anemia es normocítica normocrómica.

El objetivo es evitar transfusiones de hemoderivados a fin de reducir riesgo de hemosiderosis, excepto en indicaciones absolutas de transfundir como insuficiencia cardiaca severa, cor anémico o riesgo inminente de muerte por anemia. Por lo tanto en el estadio 4 y 5, se debe indicar sulfato ferroso para la anemia microcítica hipocrómica o vitamina B12 y ácido fólico para la anemia macrocítica. En este estadio existe trastorno del metabolismo de calcio y fósforo por lo cual debe administrarse carbonato de calcio 600 mg tres veces al día.



#### **4.3.2.8 Recomendaciones (5)**

##### **Detección del paciente con riesgo**

- 1- Se recomienda hacer búsqueda de enfermedad renal crónica en personas que tienen un alto riesgo de desarrollarla, particularmente aquellos que tienen diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cardiovascular, historia familiar de ERC y/o infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis C.
- 2- Se recomienda hacer búsqueda en personas con otros factores de riesgo, tales como: trabajadores agrícolas, jornaleros, fumigadores y manipuladores de productos químicos y personas que residan en zonas con altas concentraciones de metales pesados en suelo o agua, o mujeres con historia de preeclampsia/eclampsia
- 3- Si la búsqueda de ERC es negativa, se deben tratar los factores de riesgo encontrados y se recomienda hacer reevaluación periódica cada año.
- 4- Para la medición de la tasa de filtrado glomerular debe usarse preferiblemente las fórmulas MDRD o Cockcroft-Gault, en lugar de la medición de la depuración de creatinina de veinticuatro horas o la creatinina sola.
- 5- Se recomienda la medición de la creatinina sérica y el cálculo de la tasa de filtración glomerular por medio de las fórmulas matemáticas MDRD o Cockcroft- Gault para la clasificación por estadios y manejo inicial.

##### **Seguimiento del paciente**

- 1- En pacientes con enfermedad renal crónica, independiente del estadio, y proteinuria, se recomienda la utilización de terapia farmacológica con IECA o ARA II, como nefroprotectores, aunque no sean hipertensos. Se deben iniciar a dosis baja, incrementándola, hasta llegar a la normalidad (proteínas negativas en examen general de orina) o hasta la máxima dosis tolerada por el paciente.
- 2- Se recomienda que todos los pacientes con enfermedad renal crónica más diabetes mellitus tipo 2, con albuminuria, deben tratarse con un IECA o ARA II sin importar el nivel de presión arterial.
- 3- Los bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridínicos están indicados en pacientes

con ERC y proteinuria que son intolerantes a IECA o ARA II. Pero se recomienda que su utilización sea con previa valoración inicial por especialista.

- 4- Los pacientes con enfermedad renal crónica que presenten dislipidemia deben recibir terapia con estatinas, la valoración del inicio del tratamiento debe ser realizada por el especialista.
- 5- Se recomienda identificar los factores de riesgo reversibles que empeoren o agudicen la enfermedad renal: depleción de volumen, infección urinaria, obstrucción urinaria, uso de medicamentos nefrotóxicos, insuficiencia cardíaca, etnoprácticas, alcoholismo, condiciones laborales relacionadas a uso de agroquímicos, contaminación ambiental en su comunidad por agroquímicos y metales pesados.

### **No farmacológicas**

- 1- Se recomienda mantener el control del peso de los pacientes con enfermedad renal crónica. La meta de índice de masa corporal ( $IMC = Kg/m^2$ ) debe de ser de 20 a 25 Kg/metro<sup>2</sup>.
- 2- Se recomienda que los pacientes con enfermedad renal crónica reciban consejería sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características. El ejercicio deberá incluir al menos 150 minutos a la semana, distribuidos al menos en tres días a la semana, con no más de dos días consecutivos sin ejercicio
- 3- Se recomienda que los pacientes con enfermedad renal crónica reciba consejería sobre nutrición adaptada según el estadio de la enfermedad.
- 4- Se recomienda no restringir la ingesta de proteínas en pacientes con estadios tempranos (1 a 3) de enfermedad renal crónica.
- 5- La calidad de vida y los estresores psicosociales deben ser rutinariamente evaluados y manejados activamente por grupos de apoyo cuando esté indicado.

### **4.3.3 Diabetes Mellitus tipo 2 (3)**

#### **4.3.3.1 Definición**

Síndrome clínico que resulta de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, caracterizado por hiperglucemia, que resulta de alteraciones en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a complicaciones vasculares y neuropáticas.

### **4.3.3.2 Epidemiología**

La prevalencia de diabetes oscila entre el 5 y el 10% de la población mundial. Entre los años 2004 y 2005, se realizó una encuesta denominada “Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial y factores de riesgo asociados, en el municipio de Santa Tecla y en la cual se obtuvo como resultado principal 7.8% de la población clasificada como “población diabética”

### **4.3.3.3 Manifestaciones clínicas**

En la mayor parte de casos esta patología se presenta asintomática al menos en las etapas iniciales. Al profundizarse la hiperglucemia, aparece la sintomatología clásica: polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso. Con el paso del tiempo aparecen los síntomas propios de las complicaciones crónicas en los sistemas vascular y neurológico.

### **4.3.3.4 Criterios diagnósticos**

- Glucosa en ayunas mayor de 126 mg/dl, confirmada en una segunda prueba.
- Glucosa dos horas postprandial mayor de 200 mg/dl o a cualquier hora del día con síntomas de hiperglucemia.
- Glucosa mayor de 200 mg/dl con test de tolerancia a las dos horas de ingesta de 75 gramos de dextrosa, si presenta glucosa mayor de 140 y menor de 200 se considera intolerante a carbohidratos.
- Niveles de hemoglobina glucosilada A1c mayor de 6.5%.

### **Categoría de riesgo aumentado para diabetes o prediabetes**

- Glucosa 100 a 125 mg/dl glucosa en ayuna alterada.
- Glucosa mayor de 140 y menor de 199 mg/dl posterior a test de 75 gramos de glucosa.
- Hemoglobina glucosilada A1c 5.7- 6.4%

### **4.3.3.5 Clasificación**

- Diabetes mellitus de tipo 1: caracterizada por una marcada tendencia a la cetosis y causada por deficiencia absoluta de insulina.
- Diabetes mellitus de tipo 2, caracterizada por resistencia periférica a la acción de la insulina y alteraciones en la liberación pancreática de la hormona.
- Diabetes gestacional, considerando como tal a cualquier enfermedad diabética que es

reconocida por primera vez durante el embarazo.

- Otros tipos específicos de diabetes, en la cual la enfermedad es secundaria a otras enfermedades endocrinológicas o no endocrinológicas y/o fármacos.

#### **4.3.3.6 Tratamiento**

El tratamiento de la diabetes Incluye cuatro aspectos básicos: La educación en salud, plan de alimentación, programa de ejercicio, farmacoterapia.

##### **4.3.3.6.1 No farmacológico**

Educación en Salud: es el pilar fundamental para fomentar el auto cuidado y la prevención de complicaciones en el tratamiento de la diabetes mellitus y debe desarrollarse en dos ámbitos:

- Individual: la que puede ser realizada por el médico en cada consulta que le ofrece al paciente por enfermera o un educador capacitado como una consejería post-consulta.
- Grupal: realizada con base a grupos organizados de diabéticos que actúan bajo la supervisión de un médico y operativamente encomendada a una enfermera o un educador capacitado.

Idealmente estas actividades se deben realizar con la colaboración de los propios miembros del grupo organizado que realicen tareas específicas; el personal médico y paramédico debe entrenar a miembros del grupo para que a corto plazo estén realizando actividades educativas destinadas a los pacientes. Cualquier componente de la red nacional de salud donde se atiendan pacientes diabéticos debe tener organizado un club de pacientes diabéticos para realizar la labor educativa indispensable. El plan educativo a desarrollar en esos grupos debe incluir como mínimo los siguientes aspectos: Conocimiento en derechos humanos y reproductivos, qué es la diabetes mellitus, atención integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, auto cuidado, plan nutricional, programa de ejercicio, medicamentos utilizados, complicaciones agudas, prevención y tratamiento de complicaciones crónicas, cuidado de los pies, participación familiar, cambio en los hábitos de vida. El plan educativo se debe implementar en cada establecimiento de salud de acuerdo a los recursos de que se disponga; el punto más importante es lograr la participación activa de los pacientes y su grupo familiar.

El plan de alimentación: es el pilar fundamental del manejo y como línea general debe adaptarse a las condiciones de vida de los pacientes.

Debe cumplir algunos principios básicos: Eliminación del azúcar simple (incluyendo la miel y la panela). La base de la alimentación son los panes, cereales y vegetales harinosos, complementados con frutas y verduras. Es muy importante aclarar que estos alimentos deben ser consumidos en una cantidad que debe ser definida para cada paciente de acuerdo a la cantidad de calorías prescritas para corregir y/o mantener el peso corporal, alto contenido de fibra, contenido moderado de sal, restricción del consumo de grasas, principalmente saturadas, y limitación del colesterol a no más de 300 mg diarios, limitación del consumo de alcohol.

Programa de ejercicio: se recomienda el ejercicio físico diario, de intensidad moderada y duración entre treinta y sesenta minutos ininterrumpidos (150 minutos por semana).

El ejercicio debe ser programado por el médico para cada paciente y existen razones médicas que pueden contraindicarlo: retinopatía proliferativa, neuropatía autonómica, pie diabético en etapa aguda, enfermedad cardiovascular con insuficiencia cardíaca y glucemia severamente descontrolada.

No se debe indicar ejercicio de alto riesgo y debe reconocerse que el requerimiento calórico y la dosis de insulina pueden variar como resultado de una sesión de ejercicio. Debe ser aeróbico pero en pacientes de más de cuarenta años de edad o con más de diez años de evolución de la enfermedad, debe realizarse una valoración médica general previo al inicio de un programa de ejercicio. Se recomienda la realización de caminata, natación o andar en bicicleta. Se debe realizar con precaución ejercicios como carrera, trote o ejercicios en escaleras. El paciente con diabetes debe portar una identificación al momento de realizar ejercicio fuera de casa, llevar consigo una fuente de carbohidratos simples para tratar rápidamente una hipoglucemia así como utilizar ropa y zapatos adecuados. El horario de ejercicio debe estar acorde con la terapia hipoglucemiante y enfermedades concomitantes.

#### **4.3.3.6.2 Farmacológico**

Al momento de iniciar farmacoterapia debe considerarse lo siguiente: Tipo de diabetes diagnosticada, peso corporal, edad y sexo, tiempo de evolución de la diabetes, control metabólico actual, tratamiento previo, complicaciones y enfermedades concomitantes.

Se debe reconocer que el inicio de la farmacoterapia no indica que ésta deba continuarse indefinidamente; un paciente puede recibir fármacos temporalmente, para suspenderlos cuando desaparezca el factor que indicó su uso. Es importante destacar que en ocasiones es necesario combinar fármacos para lograr un mejor control; especialmente en los pacientes que tienen más tiempo de evolución de la enfermedad.

#### **Existen dos tipos de fármacos antidiabéticos**

- Uso parenteral: Insulinas
- Vía oral:
  - ) Sulfonilureas (glibenclamida), que actúan estimulando la liberación pancreática de insulina.
  - ) Biguanidas, cuyo mecanismo de acción no es totalmente conocido pero actúan principalmente inhibiendo la producción hepática de glucosa.
  - ) Inhibidores de las alfa-glucosidasas, que retardan la absorción de carbohidratos en el tubo digestivo, Tiazolidinedionas, que actúan favoreciendo la utilización periférica de glucosa.
  - ) Inhibidores de DPP4 (dipeptidil peptidasa 4).

#### **Criterios para la selección de medicamentos**

##### **Uso de insulina**

- Pacientes embarazadas.
- Pacientes diabéticos sometidos a cirugía.
- Pacientes de diabetes tipo 1.
- Pacientes severamente sintomáticos.
- Con peso corporal subnormal o con marcada pérdida ponderal, con tendencia a la cetosis;
- Los pacientes diabéticos complicados con procesos infecciosos severos deben ser tratados

con insulina hasta que la infección sea controlada, pudiéndose después tratarse solo con dieta y ejercicio o agregando farmacoterapia.

### **Uso de hipoglucemiantes orales**

- Pacientes con peso normal y pérdida ponderal no muy severa, síntomas leves y sin tendencia a la cetosis, puede iniciarse con glibenclamida.
- Pacientes obesos, menores de sesenta y cinco años de edad y con menos de cinco años de evolución de la enfermedad, sin evidencia de complicaciones crónicas (principalmente neuropatía) y que no padezcan enfermedades que ocasionen hipoxia tisular aguda o crónica, deben ser tratados inicialmente con metformina.

#### **4.3.3.7 Recomendaciones**

### **Valoración inicial**

- 1- En todo paciente diabético se debe mantener la glicemia pre prandial entre 70 y 130 mg/dl.
- 2- En todo paciente diabético se debe mantener la glicemia pos prandial menor de 140 mg/dl.
- 3- En todo paciente diabético se deben fijar metas de Hemoglobina glicosilada (A1c) por debajo o alrededor de 7%. Esto se relaciona con reducción de complicaciones microvasculares.
- 4- En pacientes con larga evolución de diabetes (más de 10 años), con co-morbilidades, historia de hipoglicemia severa, o expectativa de vida limitada, daño micro o macro vascular y los que tienen difícil manejo, el objetivo será llevar la A1c a menos de 8 % (Este paciente debe ser atendido por el especialista).
- 5- La meta de tratamiento en todo paciente diabético con diagnóstico de hipertensión arterial debe ser menor de 140/80 mmHg y ser evaluada en cada consulta de seguimiento.
- 6- En todo paciente diabético se debe realizar medición periódica de perímetro de cintura, al menos una vez al año. Los valores objetivos del control son: Hombres menor de 90 centímetros y mujeres menores de 80 centímetros.
- 7- La metformina, si no está contraindicada y es tolerada, es el medicamento indicado para el manejo inicial de los pacientes con diabetes tipo 2. Con normopeso, sobrepeso u obesidad.
- 8- Las personas con diabetes deben de ser incorporadas a un grupo de educación, apoyo y autocuidado para el autocontrol de la enfermedad a partir del diagnóstico y durante los

controles subsecuentes.

- 9- El paciente diabético debe recibir educación nutricional individualizada de acuerdo a la evolución clínica para lograr las metas de tratamiento.
- 10- A todo paciente diabético debe recomendársele al menos 150 minutos por semana de actividad física aeróbica o 30 minutos por día, cinco días a la semana, el cual debe adaptarse a las condiciones individuales.
- 11- A todo paciente diabético con presión arterial mayor de 120/80 mm de Hg, debe recomendársele cambios en el estilo de vida para reducir la presión arterial.
- 12- En todo paciente diabético debe realizarse la evaluación de riesgo cardiovascular al menos una vez al año.

### **Seguimiento del paciente diabético**

- 1- A todos los pacientes con diabetes se les debe realizar un examen de los pies al menos una vez al año para buscar signos o factores de riesgo para pie diabético. El examen anual de los pies debe incluir la identificación del riesgo de ulceración para determinar el manejo posterior.
- 2- En la evaluación de los pies se debe incluir el test con monofilamento.
- 3- En todos los pacientes con diabetes mellitus debe procurarse realizar examen de fondo de ojo para detectar retinopatía.
- 4- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y/o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) deben ser los agentes de elección en pacientes diabéticos con enfermedad renal crónica y proteinuria para reducir la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC).
- 5- En todo paciente con diabetes se debe realizar medición de creatinina por lo menos una vez al año para estimar la tasa del filtrado glomerular por fórmula del grupo de estudio de la modificación de la dieta en enfermedad renal (MDRD por sus siglas en inglés) o la fórmula Cockcroft-Gault.
- 6- En todo paciente diabético debe realizarse un examen general de orina al menos una vez al año en búsqueda de proteinuria.
- 7- Se debe procurar realizar una evaluación de problemas psicosociales como depresión, estrés relacionado a diabetes, ansiedad, desórdenes alimenticios y alteraciones cognitivas cuando



se detecte un automanejo pobre del paciente.

- 8- En toda consulta de control de los pacientes diabéticos deben investigarse síntomas de hipoglicemia.

### **Situaciones especiales**

- 1- La administración de bajas dosis de ácido acetilsalicílico en pacientes diabéticos no está recomendada para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular.
- 2- Se recomienda ácido acetilsalicílico (75-162 mg/día) como estrategia de prevención secundaria en diabéticos con historia de enfermedad cardiovascular.
- 3- En los pacientes con riesgo cardiovascular mayor del 20% se recomienda dar estatinas para mantener niveles de LDL iguales o menores de 100 mg/dl.
- 4- No se recomienda el suplemento rutinario con antioxidantes tales como vitaminas E, C y caroteno, debido a la ausencia de evidencia de eficacia y la preocupación con la seguridad a largo plazo.
- 5- El paciente diabético debe referirse al especialista:
  - Si no se logran las metas de control del tratamiento establecido.
  - Si hay pérdida inexplicable de peso o desnutrición.
  - Si hay sospecha clínica de patología cardiovascular o renal progresiva.
  - Disminución de agudeza visual o cualquier otra alteración ocular.
  - Si hay duda diagnóstica o terapéutica.
  - Si tiene pie diabético.
  - Embarazo.

## **4.4 Depresión**

### **4.4.1 Historia**

La depresión es conocida en los inicios con el nombre de melancolía, la depresión aparece descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates, aunque hay que esperar hasta el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, el origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música,) pero, con el advenimiento de la Controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la farmacología, pasa a ser descrita como una enfermedad más. El alta prevalencia y relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo.

La depresión se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen, para el médico familiar el diagnóstico, tratamiento y en especial la prevención de la depresión parece que es de vital importancia.

A nivel de la atención primaria existe con frecuencia retraso en su diagnóstico como en la identificación de la depresión, lo que conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios, esto es mayormente por que el médico familiar considera como causas de depresión las quejas de la vida rutinaria, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros por lo cual se considera justificado no prescribir tratamiento alguno, cuando realmente esta incapacidad puede estar condicionada por la misma depresión.

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

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

#### **4.4.2 ¿Qué es la depresión?**

La depresión se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores. (8)

El avance más conciso sobre el trastorno depresivo lo ha logrado la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) que mediante una descripción y diferenciación fenomenológica ha conjuntado en un capítulo denominado “trastornos del estado de ánimo” diversas entidades clínicas cuya característica principal es una alteración del humor.

La enfermedad es probablemente la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo. (9)

Esta enfermedad no posee el carácter de una entidad homogénea, la diversidad de sus causas ha hecho considerarla como un grupo de enfermedades cuyo común denominador es el abatimiento del estado de ánimo; el concepto de depresión ha tenido un proceso mediante el cual se han logrado tipificar subtipos de depresión.

#### **4.4.3 Clasificación de la depresión**

##### **4.4.3.1 Trastorno depresivo mayor**

El DSM-IV-TR que la depresión mayor, es llamada también como depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de

un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente.

El término depresión unipolar se opone al de depresión bipolar o trastorno maníaco- depresivo, e indica que el estado de ánimo se mantiene en un solo polo emocional, sin existencia de períodos de manía.

### **Los criterios que establece el DSM-IV (8)**

- A- Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.
- 1- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  - 2- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  - 3- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  - 4- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  - 5- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  - 6- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - 7- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  - 8- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - 9- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- C- El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

#### **4.4.3.2 Trastorno depresivo persistente (distimia) (8)**

El trastorno distímico es un estado de ánimo depresivo en el cual la persona se encuentra la mayor parte del día deprimido, existiendo pérdida del apetito o aumento del mismo, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.

La característica principal del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo, entre 25 y el 50% de los adultos con trastorno distímico presentan algunas de estas características.

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

#### **Criterios diagnósticos**

- A- Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.
- B- Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:
  1. Poco apetito o sobrealimentación.
  2. Insomnio o hipersomnias.
  3. Poca energía o fatiga.
  4. Baja autoestima.
  5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
  6. Sentimientos de desesperanza.
- C- Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D- Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

- F- La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G- Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Este trastorno es el más difícil de diagnosticar por tres razones: llegan menos a los servicios clínicos profesionales, el inicio es gradual y sutil y muchas veces el propio paciente y los familiares se adaptan a la condición, atribuyendo al carácter o a la personalidad la negatividad, el pesimismo y la abulia que acompañan a esta afección.

#### **4.4.3.3 Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento (8)**

- A- Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2):
  1. Síntomas del Criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del Criterio A.
- C- El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente pueden incluir lo siguiente:

Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).

- D- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

#### **4.4.3.4 Trastorno depresivo debido a otra afección médica (8)**

A- Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.

B- Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.

C- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).

D- El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

E- El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Trastorno de depresión severa**

La depresión severa, mejor conocida como el trastorno depresivo unipolar mayor, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

Los episodios depresivos, francamente discapacitantes, pueden ocurrir varias veces en el curso de la vida y ocasionar episodios de psicosis o suicidio si es muy severo.

#### **4.4.3.5 Trastorno bipolar**

El Trastorno es llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia y suelen pasar muchos años antes del diagnóstico; ya que ningún paciente acude a ningún consultor psicológico por sentir euforia, energía bienestar excitación generalizada. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios clínicos en el estado de ánimo, los cambios en el estado pueden ser dramáticos y rápidos. Cuando está en la fase maniaca la persona

puede estar hiperactiva, la manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la forma de comportarse en los otros.

La manía es la donación clínica de más fácil diagnóstico, la hipomanía es equivalente de la distimia pero siempre pasa desapercibida. Todas las personas quienes tienen estas fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas y otras tienen muchas más.

#### **4.4.4 Depresión en la vejez**

La depresión se considerada erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida, la depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para la familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos.

Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de la desesperanza y tristeza, la persona anciana puede no querer hablar de la falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de la pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios (DSM-IV), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas. Los síntomas pueden no tener un origen claro y desaparecer de forma espontánea, produciéndose así los episodios en ciclos cada vez más rápidos. Algunos ancianos experimentan un breve periodo, que se prolonga por varios días con síntomas depresivos graves, secundarios a situaciones como las etapas de adaptación y/o duelo. La adaptación a una enfermedad crónica grave o la pérdida del cónyuge o compañero estos suelen ser con frecuencia el origen de estos síntomas; los afectados se recuperan con el tiempo o cuando desaparece el factor que genera el estrés.

#### **4.4.5 Epidemiología (2)**

En países del primer mundo como Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%.



Según la OMS, la incidencia de episodios depresivos a nivel mundial es de 5.8 % en el hombre y de 9.5 % en la mujer. En términos de porcentaje a nivel nacional la depresión afecta el 25% de las personas en algún momento de su vida, afecta 10% de niños y niñas menores de trece años y al 10% de los adolescentes.

Para los próximos años se estima un aumento en el número de casos de depresión debido a que en la vejez, las capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud aumentan, considerando el aumento de las enfermedades crónicas en la población se estima que esta población al llegar a la vejez tendrá mayor riesgo de presentar depresión.

#### **4.4.6 Etiología**

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en el colectivo geriátrico, conviene señalar, de entrada, que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes de carácter psicosocial y somático tienen mayor relevancia en comparación con otros grupos poblacionales.

Al evaluar los acontecimientos vitales adversos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca por su mayor prevalencia el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia.

Finamente, no hay que olvidar la gran incidencia del desencadenamiento somático de las depresiones seniles. Entre los trastornos médicos relacionados con la depresión en el adulto mayor se pueden citar:

- Las enfermedades crónicas.
- Las enfermedades neoplásicas.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Trastornos endocrinos; a la cabeza diabetes mellitus.
- Trastornos neurológicos.
- Enfermedades metabólicas y/o de la nutrición.
- Infecciones como la hepatitis, infección por VIH, herpes zoster, etc.

- Abuso de alcohol, cocaína u otras drogas ilícitas.
- Efectos adversos de algunos fármacos como los antihipertensivos.

Está demostrado que algunas circunstancias psicoecológicas influyen en la conducta de los ancianos, así, en su bienestar y confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria influye la territorialidad o espacio personal de que disponen, tanto si están en familia, en una residencia u hospital, planteando unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía. (10)

Aunque la depresión en ocasiones puede comenzar de forma espontánea, con cierta frecuencia es desencadenada por algún acontecimiento infeliz como puede ser un duelo. Sin embargo, tales sucesos afectan a casi todos los ancianos en algún momento y, sin embargo, no todas las personas mayores se deprimen. Así, no se puede decir aquello de "que puedes esperar, cualquiera en la situación se deprimiría". Lo cierto es que, algunas personas mayores poseen un mayor riesgo que otras. Por ejemplo, las mujeres parecen más vulnerables a la depresión que los hombres, pero nadie sabe realmente por qué.

A diferencia de lo que ocurre en la depresión del adulto joven, el papel de los genes es mucho menor en la depresión de las personas mayores. Probablemente, el mayor riesgo para desarrollar una depresión en la tercera edad es el hecho de haber tenido previamente una cuando se era más joven. En ocasiones, la depresión puede haber estado silenciosa durante años para golpear de nuevo en la vejez.

Las enfermedades físicas, bien aquellas que tienen lugar de forma repentina y que suponen una amenaza para la vida como una trombosis cerebral o bien las crónicas e incapacitantes como la enfermedad de Parkinson, pueden desencadenar una depresión. Con frecuencia, es la combinación de enfermedades que ha ido pasando factura durante años la que da lugar a la depresión. Aunque esto puede hacer la depresión más comprensible no significa que tratar cualquier depresión asociada sea una pérdida de tiempo.

En unos pocos casos, la aparición repentina de una depresión en una persona mayor sin ningún acontecimiento o suceso triste que la provoque puede tener el origen en que la química del organismo está siendo afectada por una enfermedad física que todavía no es aparente.

#### **4.4.7 Factores de riesgo**

El síndrome depresivo es un trastorno del afecto, el cual puede presentarse como parte de diferentes entidades clínicas específicas con episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria).

Los factores psicológicos de riesgo en el adulto mayor son similares en todos los grupos de edad e incluyen la culpa y los patrones de pensamiento negativos. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante.

Se pueden mencionar algunos factores etiológicos que condicionan una serie de cambios en el sistema nervioso central, transformaciones propias del envejecimiento como: la disminución de las neuronas en regiones específicas (sistema límbico) decremento de neurotransmisores e incremento de su catabólica por aumento de la monoaminoxidasa cerebral, entre otros. Los sujetos expuestos a inactividad física, dependencia económica y ser de género femenino mostraron riesgo moderado para desarrollar depresión. Mientras que los expuestos a pluripatología y polifarmacia mostraron riesgo débil para desarrollar depresión. Los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión fueron psicosociales. La sociedad cada vez más moderna expone al adulto mayor a cierto grado de desplazamiento, ofreciendo bajo apoyo social, económicamente los cataloga como no productivos además de la inasistencia a asociaciones de convivencia mostraron un riesgo mucho más fuerte para desarrollar esta discapacidad.

Las situaciones como la necesidad de ser escuchado, pérdida de los roles sociales, sentimientos de aislamiento social, violencia psicológica, temor a la muerte, viudez, problemas en la dinámica familiar, antecedentes familiares de depresión, personas sin apoyo social y familiar, presencia de impulsividad o de ansiedad y hostilidad (11)

Los sujetos expuestos a antecedentes familiares, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental se observó riesgo débil para desarrollar depresión. (12)

#### **4.4.8 Síntomas de depresión**

Los síntomas más frecuentes de la depresión: Un sentimiento de tristeza o desánimo que es más

intenso que la tristeza normal, dura más días y está presente la mayor parte del tiempo, aunque con cierta frecuencia mejora con el transcurso del día.

Una pérdida de interés en la vida y una incapacidad para disfrutar de las cosas que generalmente dan placer o satisfacción. Una sensación de fatiga o cansancio que está presente a pesar de una escasa actividad y que es tan intensa que hace que la tarea más simple suponga un gran esfuerzo.

Una pérdida de apetito se suele acompañar de pérdida de peso, una sensación interna de inquietud que hace difícil el descansar o el relajarse un deseo de aislarse de la gente y si hay gente alrededor una sensación de irritabilidad y mal humor, dificultad para dormir con frecuente despertar temprano, al menos una o dos horas antes de lo habitual, y con incapacidad para reconciliar el sueño ausencia de confianza en sí mismo, que con frecuencia se asocia a sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás, sentimientos de maldad o de culpa; quizás exagerando incidentes del pasado, pensamientos si es un castigo de Dios, pensamientos suicidas.

Muchas de las personas con depresión grave se sienten en algún momento como si todo acabara. Estos sentimientos deben ser tomados en cuenta ya que son indicativos de que se necesita ayuda. En ocasiones se hacen tan intensos que la persona deprimida puede decidir querer morir y hacer los preparativos para llevar a cabo el suicidio. Este es un signo de que se precisa de ayuda urgentemente.

Aunque la depresión puede manifestarse con los síntomas comentados a cualquier edad, la forma de presentación en las personas mayores puede ser un poco diferente. En primer lugar, algunos síntomas de enfermedades físicas puede ser similares a algunos de los de la depresión, por ejemplo, la pérdida de apetito o el sueño alterado pueden ser consecuencia de la depresión o bien ser secundarios a diferentes condiciones físicas, tales como las cardiopatías o la artritis.

En segundo lugar, es característico de las personas mayores el quejarse menos de estar deprimidos y en lugar de expresar gran malestar por síntomas corporales con frecuencia asociados a una preocupación constante sobre la posibilidad de tener una enfermedad, aun cuando el médico no tenga indicios para sospechar ninguna. Probablemente, la razón para esto es que muchas personas mayores han sido educadas para no molestar a los médicos con otras cosas que no sean quejas físicas.

En ocasiones, se puede tener una enfermedad física que aunque no haya cambiado realmente mucho si parece causarle mayor malestar del habitual. Esto también puede ser un signo de que está desarrollando una depresión. El tratar la depresión subyacente por supuesto no eliminará el trastorno físico pero si hará que éste sea mucho más llevadero.

A veces, la depresión en una persona mayor da lugar a síntomas muy graves de ansiedad y preocupación, obviamente, algunas personas se preocupan más que otras por naturaleza, pero si esto es más bien infrecuente en el individuo entonces puede ser un signo de depresión. De hecho, la preocupación y agitación pueden ser tan intensas que la persona puede parecer confusa. Las personas mayores se quejan de sus fallos de memoria y concentración, y ocasionalmente la depresión grave puede ser confundida con una demencia senil. Las personas muy deprimidas son también conscientes de que la memoria está siendo menos eficiente, mientras que las personas con demencia senil generalmente no lo son.

#### **4.4.9 Diagnostico**

El diagnóstico de la depresión senil sigue siendo fundamentalmente clínico, el cual se basa, a su vez, en la anamnesis y en la exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos.

Un importante factor que interfiere negativamente a la hora de establecer el diagnóstico de depresión senil es la creencia muy extendida, no sólo en la comunidad, sino también entre el colectivo sanitario, de que la depresión es la consecuencia lógica del envejecimiento, creencia que en absoluto es respaldada por datos clínicos y epidemiológicos.

La historia clínica deberá recoger los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o sus familiares de primer grado. Es conveniente también que esta historia incluya los principales rasgos de la personalidad del anciano, especialmente si la personalidad de éste ha sido una personalidad basada en la necesidad de orden y perfeccionismo.

Si bien el síntoma básico es la tristeza vital, el anciano normalmente expresa su malestar como aburrimiento, apatía o indiferencia, sin que necesariamente el estado anímico sea obligatoriamente vivenciado como la mencionada tristeza. La anhedonia es el síntoma más temprano de depresión; es característico el desinterés por todas las ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión. Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede

reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.).

Las manifestaciones de la depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación. No obstante, el diagnóstico temprano es importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible, aunque la descripción de subtipos o variantes como la depresión sin tristeza o el síndrome de depleción dificultan aún más la identificación. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos y con efectos negativos en la cognición.

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

- La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido.

En la depresión del anciano, 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.

Existen otros síntomas comunes como la magnificación en la percepción del dolor, los síntomas cardiovasculares o la pobre concentración. 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. Es importante conocer todos los medicamentos utilizados (prescritos o no) ya que algunos están asociados al desarrollo de la depresión, por ejemplo las benzodiazepinas, los narcóticos, los glucocorticoides, el interferón o la reserpina, así como descartar otras enfermedades concomitantes.

#### **4.4.10 Diagnóstico diferencial**

La tristeza es una respuesta normal en el anciano cuando tiene alguna pérdida; sin embargo, es importante considerar los criterios y particularidades antes citadas para establecer el diagnóstico de depresión mayor. Enfermedades psiquiátricas como el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad son algunos de los diagnósticos diferenciales del síndrome depresivo. El trastorno bipolar es otra patología a descartar ya que puede cursar con depresión y, por lo tanto, es importante buscar episodios de manía, alucinaciones e ilusiones. Ante la presencia de fatiga o pérdida de peso deberá descartarse la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, las neoplasias o la anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden debutar con algún trastorno del ánimo.

#### **4.4.11 Escala de depresión Geriátrica (13)**

Si bien existen muchos instrumentos para medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación.

De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente.

##### **4.4.11.1 Clasificación según puntaje**

- Normal: 0 puntos.
- Depresión leve: 1-9 puntos.
- Depresión Severa: 10-15 puntos.

El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad.

#### **4.4.11.2 Población de destino**

El GDS puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedad médica, y aquellos con deterioro cognitivo de leve a moderado. Se ha usado extensamente en entornos comunitarios, de atención de agudos y de cuidados de largo plazo.

#### **4.4.11.3 Validez y confiabilidad**

La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como la investigación clínica. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta.

#### **4.4.11.4 Fortaleza y limitaciones**

El GDS no reemplaza la entrevista de diagnóstico realizada por profesionales de salud mental. Es una herramienta de detección útil en el entorno clínico que facilita la evaluación de la depresión en los adultos mayores, especialmente cuando las mediciones de base se comparan con puntajes posteriores. No sirve para evaluar los intentos de suicidio

#### **4.4.11.5 Seguimiento**

La presencia de depresión garantiza intervención y tratamiento inmediatos. El GDS puede usarse para controlar la depresión a lo largo del tiempo en entornos clínicos. Un puntaje positivo por encima de 5 en el cuestionario corto GDS debería dar lugar a una evaluación psicológica minuciosa y una evaluación del intento de suicidio.

### **4.4.12 Tratamiento**

#### **4.4.12.1 No farmacológico**

Sobre el pasado nada se puede hacer, pero sobre los demás factores si se puede influir mediante las actuaciones de los cuidadores o convivientes. Espontáneamente, los mayores suelen reunirse en grupos para convivir en su tiempo libre o de ocio, por tener intereses comunes y una subcultura compartida; por ello, concurren voluntariamente a clubes o centros sociales diurnos y se incorporan



a diversas actividades, más o menos activos o pasivos, desde simples partidas de juegos a viajes programados.

La intervención psicoterapéutica sola o combinada con tratamiento farmacológico puede mejorar los síntomas de depresión en el adulto mayor, sobre todo la combinación de ambos es eficaz en la depresión moderada a severa. La psicoterapia cognitivo-conductual y la psicoterapia interpersonal han demostrado en ensayos clínicos aleatorios ser tan eficaces como la terapia farmacológica en casos seleccionados como en la depresión moderada. Las terapias corporales y psicomotrices, familiares y actividades socio terapéuticas, son sobre todo de utilidad preventiva. Sin duda el uso de instrumentos o escalas de valoración cognitiva en el primer nivel de atención podrían facilitar una exploración rápida y sistemática de la situación mental de los ancianos, debido a que permiten obtener resultados homologables y reproducibles. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión, los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o de insight, que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver los conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos o terapia electro convulsiva (TEC), esta última en condiciones especiales. Para manejar mejor la depresión en el hogar, los ancianos deben: hacer ejercicio regularmente, buscar actividades agradables y mantener buenos hábitos de sueño, aprender a vigilar los signos tempranos de depresión y saber cómo reaccionar si empeoran, minimizar el consumo de alcohol y evitar las drogas ilícitas. Estas sustancias pueden hacer que la depresión empeore con el tiempo y también pueden alterar el juicio respecto al suicidio, rodearse de personas que sean cariñosas y positivas, hablar de sus sentimientos con alguien en quien confíe, tomar los medicamentos correctamente y aprender la forma de manejar los efectos secundarios.

#### **4.4.12.1.1 Psicoterapias psicodinámicas breves**

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología, el trastorno depresivo se expresaría como

resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y los impulsos, las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

#### **4.4.12.1.2 Psicoterapia interpersonal (IPT)**

Los rasgos de personalidad, factores existenciales y antropológicos no son considerados de regla. Es misión de la IPT aliviar los síntomas del paciente y ayudarlo a desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades sociales e interpersonales. Desafortunadamente, a nuestro juicio, los aspectos de personalidad quedaban fuera de los objetivos de la IPT, en algunos trabajos recientes se ha planteado la necesidad de incorporar rasgos de personalidad en su aplicación. Enfatiza los Episodios depresivos o de otra índole que pertenecen al pasado, así como pautas de comportamiento atribuibles a interrelaciones intrafamiliares precoces y demás vivencias tempranas deben ser examinados, pero sólo para entender mejor el estilo interactivo de cada paciente, y sin que el espacio terapéutico concedido al pasado supere al espacio concedido a lo actual.

La IPT original, es una forma de psicoterapia breve, con una sesión por semana a lo largo de 3 a 6 meses. La sesión dura entre 40 y 50 minutos. Como psicoterapia breve, la IPT sólo pretende tratar los aspectos actuales del trastorno. No pretende profundizar, al modo psicodinámico ni modificar la personalidad, aunque no ignora la importancia clínica de esta última. Más allá de la depresión, las nuevas aplicaciones de la IPT han supuesto cambios tanto en los contenidos como en la duración, que tiende a prolongarse.

La IPT para el tratamiento de la fase depresiva se desarrolla en tres fases: la inicial o diagnóstica, de la sesiones 1 a la 3; la intermedia o focalizada, de la sesiones 4 a la 10, y la final o concluyente, de la sesiones 11 a la 12. Por supuesto el número de sesiones por fase es aproximado, y la IPT preconiza flexibilidad como norma general a seguir por el terapeuta.

La fase inicial consiste en aliviar los síntomas, dar ánimo al paciente y explicarle qué es su trastorno y cómo va a ser curado; incluye examinar al paciente y hacerle el diagnóstico según los estándares en uso: DSM-IV, CIE-10, entrevistas semiestructuradas, listas de síntomas, parámetros de decisión, o el instrumento que en cada caso sea el más idóneo, se pueden agregar farmacoterapia sintomática

si así se estima, y contenidos psicoeducativos acerca del diagnóstico, pronóstico y terapéutica. El terapeuta formula la noción de lo que va a ser el marco general de la terapia, y le otorga al paciente el rol del enfermo. El rol de enfermo le da a éste la posibilidad de liberarse de obligaciones sociales sentidas como agobiantes, pero al mismo tiempo le compromete para entrar en alianza terapéutica en aras de su plena recuperación funcional. Durante la sesión inicial la historia psiquiátrica incluye una revisión del funcionamiento social actual del paciente y de sus relaciones personales más próximas, de las pautas generales de interrelación y de las expectativas mutuas entre paciente y allegados, tal como éste las ve. De las relaciones personales se examinan los cambios cercanos al inicio de los síntomas: por ejemplo, muerte de un ser querido, hijos que abandonan el hogar, agravación de conflictiva conyugal, o alejamiento de una amistad íntima. Tal revisión ya proporciona un marco útil para comprender el contexto social e interpersonal del comienzo de los síntomas, delimitando dónde focalizar el tratamiento.

#### **4.4.12.1.3 Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual**

Tiene por base una concepción cognitiva de los problemas mentales, por lo que los problemas emociones tienen por base los pensamientos según este paradigma. Incluye un gran conjunto de técnicas conocidas como reestructuración cognitiva. En realidad, resulta complejo diferenciar cuando una técnica cognitiva es independiente a la terapia de conducta, ya que comparten un método científico de la psicología. De hecho, las intervenciones cognitivas suelen tener consecuencias conductuales y a la inversa, como opinan prestigiosos autores de ambos enfoques; por lo que la principal diferencia de ambas escuelas radica en la concepción teórica de la mente.

La terapia cognitiva, como aplicación de la psicología cognitiva, mantiene una concepción psicológica centrada en los procesos mentales (como el razonamiento, memoria y atención) y desde un punto de vista intrapsíquico (entendiendo que existe algo dentro de la mente comparable de unas personas a otras). Por ejemplo, ha sido fructífero en la creación de test/cuestionarios en este sentido, con múltiples aplicaciones de diversa indicaciones de diversas índoles. Existen distintas psicoterapias cognitivas: las más conocidas son (con sus respectivas variantes para cada psicopatología) la terapia de Beck (Aarón T. Beck, centrada en los pensamientos negativos automáticos), y la terapia de Illis (Albert Ellis, centrada en los "pensamientos irracionales"). También existe un conjunto de técnicas, estrategias terapéuticas y metodología propias de estas psicoterapias, que procuran ajustarse al método científico de sujeto único.

Durante el proceso psicoterapéutico el sujeto experimentará un proceso terapéutico que puede tomar muy distintas formas según las necesidades reconocidas por el psicoterapeuta. La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, trastornos de ansiedad, fobias, y otras formas de trastornos psicológicos, busca reconocer el pensamiento distorsionado que origina los trastornos y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de las depresiones (pero no todas) son los pensamientos irracionales.

#### **4.4.12.1.4 Terapias dinámicas o de “insight”**

Se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de, cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos (o ECT bajo condiciones especiales), junto con, o antes de una psicoterapia

Las terapias dinámicas te pueden ayudar a ver cómo las experiencias pasadas pueden estar afectando tu vida aquí y ahora.

Hablar en grupos puede ser útil para cambiar la forma cómo te comportas con otra gente. Tienes la posibilidad, en un ambiente seguro y de apoyo, de escuchar cómo la gente te ve, así como la oportunidad de probar formas diferentes de comportarte y hablar.

El tratamiento consiste en el establecimiento de un programa para modificar las conductas, pensamientos y sentimientos que son relevantes en el mantenimiento del problema. La psicoterapia dinámica consiste entonces en acompañar al paciente en el camino que tiene que hacer para llevar a cabo el programa.

#### **4.4.12.2 Farmacológico (14)**

Desde el descubrimiento, hace ya varias décadas, de los primeros fármacos antidepresivos, han tenido lugar importantes avances en el tratamiento de la depresión. El desarrollo de nuevos

principios activos ha ampliado considerablemente el marco terapéutico de estos trastornos, existiendo la posibilidad de plantear una farmacoterapia basada, bien en los antidepresivos clásicos (inhibidores de la monoaminoxidasa y antidepresivos tricíclicos), o bien en fármacos de más reciente aparición.

En cualquier caso, al plantear el tratamiento de la depresión en la edad senil, conviene tener presentes las siguientes recomendaciones generales:

- Tratar siempre con un antidepresivo los síntomas de la depresión, sean del tipo que sean.
- Con el fin de no empeorar posibles síntomas cognitivos, se deberán utilizar antidepresivos sin efectos anticolinérgicos ni sedantes.
- Procurar no usar las benzodiacepinas, salvo en los casos en que sean estrictamente necesarias, ya que estos fármacos agravan los síntomas cognitivos, producen sedación y pueden inducir cuadros confusionales en pacientes muy ancianos.
- Iniciar el tratamiento con la mitad de dosis que en adultos.
- No olvidar la cardiotoxicidad de algunos antidepresivos, sobre todo los del grupo heterocíclico.
- Evaluar posibles interacciones con otros fármacos que el enfermo reciba.
- Tratar el mínimo tiempo posible, pero conforme a los criterios de duración de tratamiento.

#### **4.4.12.2.1 Farmacoterapia antidepresiva**

**Inhibidores no selectivos de la recaptación (ADT)** Este grupo también recibe el nombre de antidepresivos tricíclicos, e incluye compuestos tan clásicos como imipramina, amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, maprotilina y lofepramina. Estos fármacos tienen como contraindicación absoluta el infarto de miocardio reciente. Otras precauciones que deben tenerse en cuenta cuando se usan en ancianos son sus efectos cardiovasculares (hipotensión ortostática y arritmia) y sus efectos sobre la función cognitiva (deficiencias cognitivas y delirio). Dada su eficacia contrastada en la farmacoterapia de la depresión en el anciano, y teniendo en cuenta que no hay diferencias significativas en cuanto a su eficacia, la elección de uno u otro se hará en función de su perfil de toxicidad. Por otra parte, hay cierta controversia sobre el antidepresivo de elección

en el colectivo geriátrico. Así, para algunos autores los tricíclicos no son fármacos de primera elección en ancianos debido a su perfil de efectos adversos; sin embargo, otros autores afirman que actualmente no puede establecerse ningún antidepresivo como fármaco de primera elección para este colectivo.

Teniendo en cuenta su perfil de efectos adversos, la nortriptilina es el fármaco del grupo de los tricíclicos recomendado para usar en ancianos. Debido a que la mayor parte de los efectos adversos de este grupo de fármacos son concentración dependiente, la monitorización de los valores plasmáticos estaría especialmente indicada en ancianos, al igual que la utilización de dosis menores.

### **Antagonistas de los adrenoceptores $\alpha_2$**

El efecto antagónico de los adrenoceptores  $\alpha_2$  es el mecanismo de acción de la mianserina, y la más recientemente introducida mirtazapina. El bloqueo de los receptores  $\alpha_2$  presinápticos implica una inhibición *feedback* negativa de la sinapsis y un incremento de la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica. En cuanto al perfil farmacodinámico, la mianserina tiene un potente efecto histaminérgico, escasa actividad anticolinérgica y nulos efectos sobre la conducción cardíaca.

La mirtazapina muestra un perfil farmacodinámico más selectivo que la mianserina, aunque también es un potente antihistamínico  $H_1$ . Esto explica que sus efectos secundarios más frecuentes sean el aumento del apetito y la somnolencia. Este fármaco está especialmente indicado en pacientes que reciban politerapia, ya que casi carece de actividad sobre el citocromo P<sub>450</sub>, lo que evita posibles interacciones con otros fármacos que esté tomando el anciano.

No se han puesto de manifiesto alteraciones cardiopulmonares, ni alteraciones electrocardiográficas significativas en pacientes ancianos deprimidos que recibían dosis similares a las usadas en pacientes jóvenes. Respecto a la mirtazapina en adultos y ancianos, la dosis inicial oscilará entre 15 y 30 mg/día, debiendo ingerirse la dosis mayor por la noche antes de acostarse, ajustando posteriormente la dosis en función de la evolución. En relación con la mianserina, la dosis inicial en ancianos es de 30 mg/día, pudiendo incrementarse la dosis en función de la respuesta clínica.

## **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)**

Este grupo incluye en la actualidad los siguientes fármacos: escitalopram, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Su mecanismo de acción condiciona una mejor tolerancia, menos efectos secundarios y un rango terapéutico amplio. Estos efectos secundarios incluyen molestias gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas, dispepsias), que suelen aparecer en los primeros días y tienden a remitir en las primeras semanas; en el sistema nervioso central los más frecuentes son las cefaleas, el nerviosismo, el insomnio, la somnolencia y el aumento de la ansiedad, que aparece sobre todo al inicio del tratamiento.

Debe tenerse un especial cuidado si se usa paroxetina en pacientes ancianos, ya que este fármaco tiene un efecto anticolinérgico superior respecto a los restantes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y, además, su farmacocinética no es lineal. Al mismo tiempo, otros compuestos, como fluoxetina y paroxetina inhiben una de las isoenzimas del citocromo P<sub>450</sub> y puede interaccionar con otra medicación que esté tomando el anciano. La fluvoxamina, dada su acción sobre los receptores histaminérgicos, tiene un discreto efecto sedativo. La sertralina, dada su estrecha unión a las proteínas plasmáticas, puede modificar los niveles plasmáticos de otros compuestos que también se unan estrechamente a estas proteínas (warfarina, digoxina, etc.).

Finalmente, merece una especial mención el escitalopram, el isómero S de la forma racémica R-S citalopram, que es 100 veces más potente en la inhibición de la recaptación de serotonina en comparación con el isómero R; su resultado es una mayor potencia inhibitoria y una mayor selectividad. Clínicamente estas propiedades farmacológicas se traducen en una mayor eficacia que el citalopram, eficacia que se observa ya en la primera semana de tratamiento, a lo que unen sus menores efectos secundarios.

## **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina**

Venlafaxina y duloxetina son los 2 fármacos con que cuenta este grupo. A dosis superiores a 150 mg/día, la venlafaxina inhibe de forma más potente la recaptación de noradrenalina que de serotonina. Tiene un único metabolito activo, la O-desmetilvenlafaxina; su vida media oscila entre 4 y 10 h, por lo que debe administrarse dos veces al día, a no ser que se use la formulación *retard*. Se metaboliza a través de la isoenzima CYP2D6, ejerciendo una acción inhibitoria sobre éste

mucho menor en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; esto hace que la posibilidad de interacciones sea menor.

En cuanto a su perfil de efectos secundarios, destacan durante las primeras semanas de tratamiento las náuseas y los vómitos, que desaparecen cuando se continúa con el citado tratamiento. Tales efectos secundarios son menos frecuentes si se utiliza la formulación *retard*. En lo que respecta a los efectos anticolinérgicos, aparecen con menos frecuencia en comparación con los antidepresivos tricíclicos, pudiendo afirmarse que su perfil de toxicidad es similar al de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Dosis superiores a 300 mg/día pueden dar lugar a elevaciones de la tensión arterial. La dosis inicial es de 37,5 mg cada 12 h; esta dosis puede incrementarse gradualmente hasta alcanzar los 75 mg cada 12 h, siendo la respuesta clínica dosis dependiente. En el colectivo geriátrico, es conveniente individualizar la dosis y administrarla con precaución.

Otro fármaco de este grupo es la duloxetina, compuesto que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina con una actividad equilibrada sobre ambas aminas. Es un fármaco eficaz para combatir los síntomas físicos en los que se da un componente emocional.

### **Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRNa)**

Este grupo incluye, como único compuesto comercializado actualmente, la reboxetina, cuyos efectos adversos más frecuentes son cefalea, boca seca, náuseas, estreñimiento y aumento de la sudoración. En ancianos habitualmente aparecen concentraciones plasmáticas más elevadas que en pacientes jóvenes, lo que obliga a utilizar dosis menores. Se elimina preferentemente por vía renal, por lo que puede utilizarse en pacientes aquejados de insuficiencia hepática. No hay contraindicación en pacientes con enfermedad cardiovascular.

Actualmente se considera que la reboxetina es un fármaco eficaz y con buena tolerancia para el paciente geriátrico, tanto en el tratamiento agudo como en el tratamiento de mantenimiento.

La dosis usual en adultos es de 4 mg/12 h, pudiendo incrementarse la dosis diaria de forma gradual hasta alcanzar una dosis máxima de 12 mg/día. En ancianos con insuficiencia renal y/o hepática, el tratamiento se iniciará con dosis de 2 mg/12 h.



## **Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa A**

La moclobemida es el único fármaco disponible con este mecanismo de acción. Dada su reversibilidad en la inhibición de la monoaminoxidasa, sus efectos adversos no revisten la gravedad de los inhibidores de la monoaminoxidasa clásicos; de hecho, el paciente en tratamiento con este fármaco no necesita seguir una dieta exenta de tiramina. No produce efectos adversos anticolinérgicos ni cardiovasculares, y en general su toxicidad es escasa y leve (mareos, alteraciones del sueño). Si el paciente presenta insuficiencia hepática grave, es aconsejable disminuir la dosis al 50-70%. Según se desprende de un metaanálisis reciente, la moclobemida es un fármaco eficaz y bien tolerado en ancianos, con una eficacia antidepressiva similar a los tricíclicos y a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Respecto a la posología, no se requieren ajustes posológicos en ancianos, pudiendo seguirse la misma posología que en los adultos: 150 mg/12 h o 100 mg/8 h después de las comidas. En caso necesario, la dosis puede incrementarse hasta 600 mg/día después de la primera semana.

## **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**

Si bien los inhibidores selectivos de la monoaminoxidasa se utilizan actualmente con mucha menos profusión, dado el amplio arsenal terapéutico actual, estos fármacos siguen siendo útiles en depresiones atípicas y en cuadros resistentes. Como su propio nombre indica, los IMAO inhiben la monoaminoxidasa, tanto en su forma A como B. La interacción más típica, y al mismo tiempo la más temida, es la interacción con los alimentos ricos en tiramina. Esta interacción puede conducir a graves crisis hipertensivas; es por ello que los pacientes que reciben este tratamiento deben evitar en su dieta alimentos como habas, quesos, vinos, cervezas, ahumados, patés y, en general, todos los alimentos con altos niveles de tiramina.

Otra posible interacción se puede producir con fármacos simpaticomiméticos, antiasmáticos, levodopa, medicamentos para el resfriado que contengan dextrometorfano, antidepressivos tricíclicos o antihipertensivos de acción central, como metildopa. La administración concomitante con los ISRS puede producir síndrome serotoninérgico. En cuanto a su perfil de toxicidad incluye ganancia de peso, hipotensión ortostática, insomnio, edemas y disfunción sexual. La posología de la tranilcipromina en adultos es de 10-15 mg/12 h, pudiendo incrementarse gradualmente la dosis

hasta alcanzar un máximo de 90 mg/día.

### **Otros fármacos antidepresivos**

Medicamentos como las sales de litio y los psicoestimulantes (especialmente el metilfenidato), por su perfil de efectos secundarios deberían reservarse para ser utilizados sólo en el ámbito de la atención especializada.

#### **4.4.12.2 Duración del tratamiento**

Cuando el paciente presenta una buena respuesta al tratamiento antidepresivo hay que recordarle la necesidad de mantenerlo, ya que la retirada temprana supone un elevado riesgo de recaída. En general, se recomienda mantenerlo durante un mínimo de un año, antes de iniciar una retirada gradual. En pacientes que presentan un trastorno depresivo mayor, la recaída suele ser sumamente frecuente, por lo que se aconseja mantener el tratamiento indefinidamente a partir del tercer episodio, e incluso del segundo, si la recaída se asocia con consecuencias graves.

#### **4.4.13 Consecuencias de la depresión en el adulto mayor**

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios.

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

#### **4.4.14 Depresión y Suicidio**

Detrás de una depresión se perfila la idea de la muerte, este es el pensamiento de la persona deprimida y puede aparecer aunque no sea evocada. En la depresión grave o melancolía, el deseo

de muerte es más fuerte. Este deseo es más intenso en las primeras horas del día.

La mayor parte de los que tienen ideas suicidas están, además, deprimidos, los dos principales motivos por los que una persona se deprime son, en primer lugar, la pérdida del control sobre la situación vital y las emociones y, en segundo lugar, la pérdida de toda visión positiva del futuro (desesperación). Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan sólo puede resultar eficaz una terapia. La depresión hace que la visión del mundo circundante se estreche hasta tal punto que se llegue a distorsionar la realidad. Los individuos se fijan únicamente en los aspectos negativos de la vida, y los positivos los pasan de largo como si no tuvieran importancia alguna o, sencillamente, no existieran, rechazan por estúpidas todas las opciones que se les ofrecen para resolver el problema, hasta que parece que no hay solución posible. Interiorizan una tristeza persistente y angustiada que, como la muerte súbita del padre o de la madre, produce un dolor que dura semanas, meses e incluso años. Empiezan a creer que nada los puede aliviar y que el dolor no va a acabarse nunca.

El suicidio no soluciona nada, lo único que hace es adelantar el final sin haber encontrado la solución, no se puede decir que el suicidio sea una opción, ya que opción quiere decir posibilidad de optar o elegir, la muerte nos arrebatada para siempre lo uno y lo otro. La muerte es un acontecimiento irreversible que, no sólo no elimina el dolor, sino también transmiten su dolor a las personas a quienes rodea. No hay ninguna clase o tipo específico de persona que pueda tener la seguridad de no albergar jamás pensamientos suicidas. Los médicos, los terapeutas y los adolescentes ocupan los primeros puestos en las estadísticas de suicidios consumados; si bien parece que en personas con firmes convicciones religiosas.

La enfermedad psiquiátrica con más riesgo de suicidio es la depresión, los momentos de la enfermedad con más riesgo son cuando disminuye la inhibición y la melancolía (empiezan a mejorar) o cuando se inicia la depresión. Los tres síntomas de la depresión relacionados con el suicidio son:

- Aumento del insomnio.
- Aumento del abandono del cuidado personal.
- Aumento del deterioro cognitivo.

Existen varias opiniones sobre la significación de los síntomas psiquiátricos en el paciente suicida. Los intentos de suicidio presentan una condición depresiva que es fácil de reconocer. Los depresivos endógenos corren mayor riesgo que los depresivos reactivos, los intentos de suicidio son impulsivos, Los intentos de suicidio son especialmente comunes entre las mujeres menores de 35 años (más entre 15 y 24 años), los hombres lo hacen en edad más avanzada. Por clases sociales es más común en las más bajas, pero más efectivo entre las clases altas y grupos profesionales de altos estatutos económicos.

Factores asociados al riesgo de suicidio, mujeres menores de 35 años, hombres mayores de 40, separación, divorcio o muerte del cónyuge, pérdida inminente de un ser querido, la soledad y el aislamiento social, problemas económicos, paro reciente o jubilación, mala salud, ocupación de alto estatus, depresión (sobre todo endógena), enfermedad terminal, problemas con alcohol y/o drogas, anteriores intentos de suicidio, historia previa de trastornos afectivos, historia familiar de trastornos afectivos, suicidio, alcoholismo, indicios suicidas (avisos o conversaciones suicidas), preparativos (hacer testamento, seguros, nota suicida).

En general los pacientes suicidas están dispuestos a hablar de las intenciones y para algunos la necesidad de desahogarse con alguien que les toma en serio es terapéuticamente positivo. Cuando existe la posibilidad de suicidio se le debe animar a que hable de ello y procurar emplear tiempo en el futuro para seguir hablando del tema con lo cual se puede facilitar el ingreso temporal en una unidad psiquiátrica y/o proporcionar la ayuda necesaria para atenuar las circunstancias que provocan el intento suicida.

## 5. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES.
) Tercera edad.	) Tercera edad: A todo individuo mayor de 65 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. (OMS)	Pacientes de la tercera edad.	) Número de pacientes de la tercera edad que consultan las Unidades de Salud Familiares Intermedias.
) Enfermedades Crónicas	) Enfermedades crónicas: son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta (OMS)	Enfermedades crónicas del adulto mayor.	) Total de adultos mayores con enfermedades crónicas.
) Depresión	) Depresión: Presencia de cinco o más de síntomas en un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer. (DSM IV)	Pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas.	) Encuesta elaborada por Brink y Yesavage en 1982 modificada.
) Incidencia	) La incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado	Pacientes con síntomas depresivos	) Número de pacientes identificados.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. Tipo de estudio

El trabajo de investigación fue.

- Tipo cualitativo ya que el estudio recolectó información sobre las características propias de la población en estudio y se realizó un análisis de las cualidades de dicha población.
- Según su tiempo de la ocurrencia de los hechos y registros de la información es de tipo prospectivo: permitió obtener la información del sujeto de investigación en el momento de la aplicación del instrumento de sondeo.
- Según el periodo y secuencia del estudio es de tipo transversal: se obtuvo información de las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.
- Según su análisis es explicativo: por que pretendió profundizar las causas de la presencia de síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad. Como su nombre lo indica, su interés se centró en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas.

### 6.2. Población

La población está constituida por los pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas que hacen un total de 280 distribuidos de la siguiente manera.

**Tabla 1: Distribución de la población en las USCFI de estudio.**

Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia	Población
UCSFI Hato Nuevo	95
UCSFI San José de la Fuente	87
UCSFI Chirilagua	98
<b>TOTAL</b>	<b>280</b>

Fuente: SIMMOW

### 6.3. Muestra

La muestra se determinó en base a los criterios de inclusión y exclusión, distribuidos en las UCSFI de estudio, teniendo un total de 120 pacientes que cumplieron con los criterios, a los cuales se les aplicó el instrumento de evaluación.

**Tabla 2: Distribución de la muestra en las diferentes unidades de salud**

Unidades Comunitarias de Salud Familiar Intermedia	Su muestra
UCSFI Hato Nuevo	52
UCSFI San José de la Fuente	27
UCSFI Chirilagua	41
<b>TOTAL</b>	120

**Fuente: Encuestas**

### 6.4. Criterios para establecer la muestra

#### 6.4.1. Criterios de Inclusión

1. Paciente con edad mayor de 60 años.
2. Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.
3. Pacientes que forman parte del área geográfica de influencia.
4. Que consulten en el año 2018.
5. Paciente que acepte formar parte del estudio.

#### 6.4.2. Criterios de exclusión

1. Paciente con enfermedades crónicas inmunitarias.
2. Pacientes con enfermedades neurodegenerativas.
3. Pacientes con trastornos mentales y/o psiquiátricos diagnosticados.

## **6.5. Tipo de muestreo**

La muestra fue tipo no probabilístico; es decir, no todos los pacientes de la tercera edad son sujetos de estudio ya que se ha establecido criterios de inclusión, para establecer una muestra representativa en base a criterios médicos.

Es subtipo discrecional; ya que es en base a criterios médicos hemos establecido una muestra representativa para estudio.

## **6.6. Técnica de recolección de la información**

### **6.6.1. Técnicas documentales**

La información bibliográfica que se utilizó para este trabajo de investigación se obtuvo de diversas fuentes, como documentos médicos, libros médicos, revistas médicas, investigaciones médicas.

### **6.6.2. Técnicas de trabajo de campo**

La encuesta permitió obtener información de los pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas que presenten síntomas depresivos, y así determinar la incidencia de estos en este grupo de estudio, para establecer un panorama epidemiológico y teniendo la correlación de enfermedades crónicas con la incidencia de síntomas depresivos.

## **6.7. Instrumento**

Para aplicar la técnica de trabajo de campo fue mediante el uso de un instrumento como el cuestionario, el cual fue elaborada por Brink y Yesavage en 1982, titulado encuesta de Yesavage modificada por el grupo de investigación, la cual estuvo constituida por tres secciones para la obtención de información, siendo el primero las características demográficas del paciente, la cual cuenta con nueve ítems; las características patológicas, constituida de siete ítems; las características psíquicas que contiene quince ítems, siendo un total de 32 ítems. (Anexo 12.2) (13)

## **6.8. Plan de análisis**

Este se llevó a cabo con la interpretación del instrumento estableciendo una clasificación de los síntomas depresivos en donde: 0 puntos: Normal; 1 – 15 puntos; presentan síntomas depresivos, esta tuvo una interpretación clínica aplicando y auxiliándose de Microsoft Excel que permitió



analizar datos números para establecer un estudio completo. Determinando si existen síntomas depresivos en el grupo de estudio el cual es el principal objetivo.

#### **6.9. Consideraciones éticas**

1. La participación del paciente fue de forma anónima.
2. La información obtenida fue de forma voluntaria, sin obligación ni pago alguno.
3. Se obtuvo la información respetando siempre la confidencialidad del médico-paciente.
4. Se explicó al paciente, la necesidad de la aplicación del instrumento de investigación.
5. La información fue recolectada solamente por el investigador.
6. Toda información obtenida fue de índole investigativo, y no fue con fines de lucro.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Análisis e interpretación de datos

**Tabla 3: Sexo de la población estudio.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	78	65%
Masculino	42	35%
Total	120	100%

Fuente: Encuesta

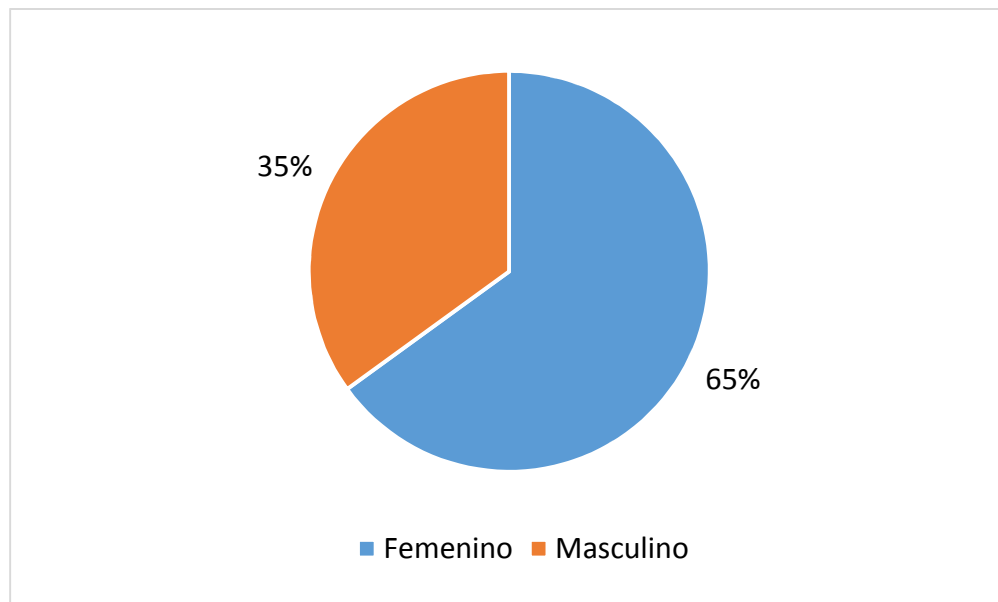
#### ANÁLISIS:

En la aplicación del instrumento de investigación se obtuvo que el 65% es del sexo femenino, mientras que el 35% es del sexo masculino.

#### INTERPRETACIÓN.

A través de esta tabla se puede decir que la mayoría de la población sujeto de estudio es del sexo femenino y en menor proporción del sexo masculino, ya que son las mujeres que consultan con mayor frecuencia.

**Grafica 1: Sexo de la población de estudio**



Fuente: Tabla 3

**Tabla 4:** Ubicación de la población estudio.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	38	32%
Rural	82	68%
Total	120	100%

**Fuente:** Encuesta

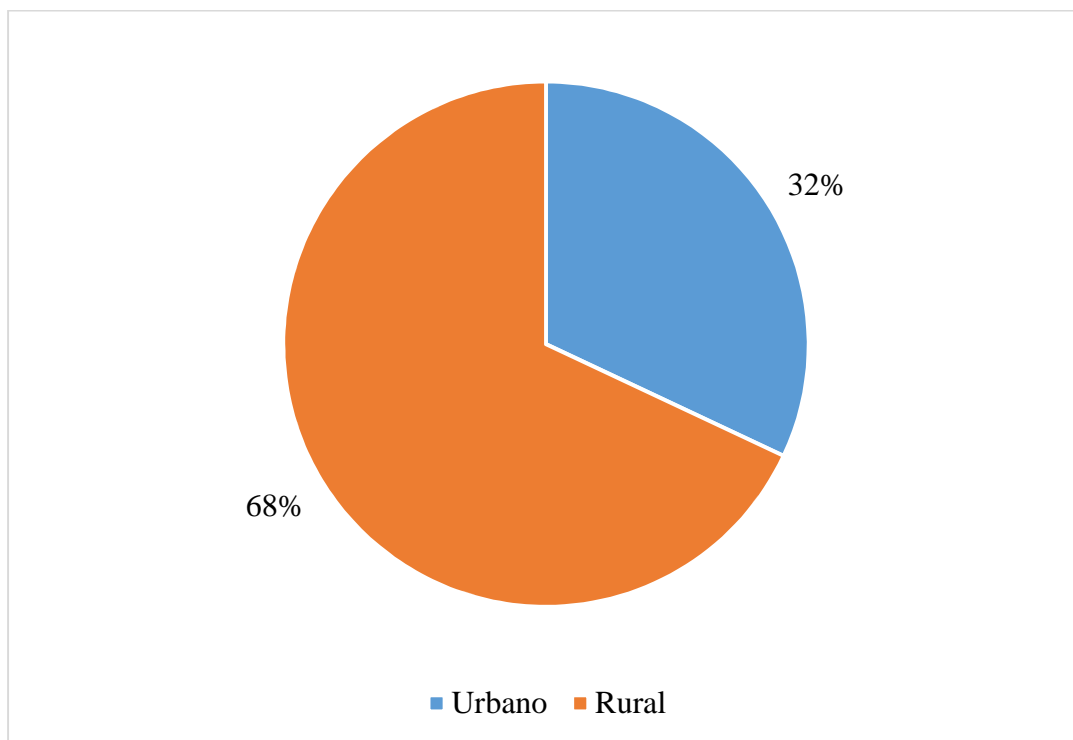
**ANÁLISIS:**

Se puede decir que el 68% de la población a quien se le paso la encuesta proviene del área rural, mientras el 32% del área urbana.

**INTERPRETACIÓN.**

Por la aplicación de la encuesta podemos decir que la mayor cantidad de poblacion estudiada proviene del área rural con una frecuencia de 82, en comparación con los que vienen del área urbana con una 38.

**Grafica 2:** Ubicación de la población estudio



**Fuente:** Tabla 4

**Tabla 5:** Realiza trabajo la población estudio.

Trabaja	Frecuencia	Porcentaje
Si	41	35%
No	79	65%
Total	120	100%

**Fuente:** Encuesta

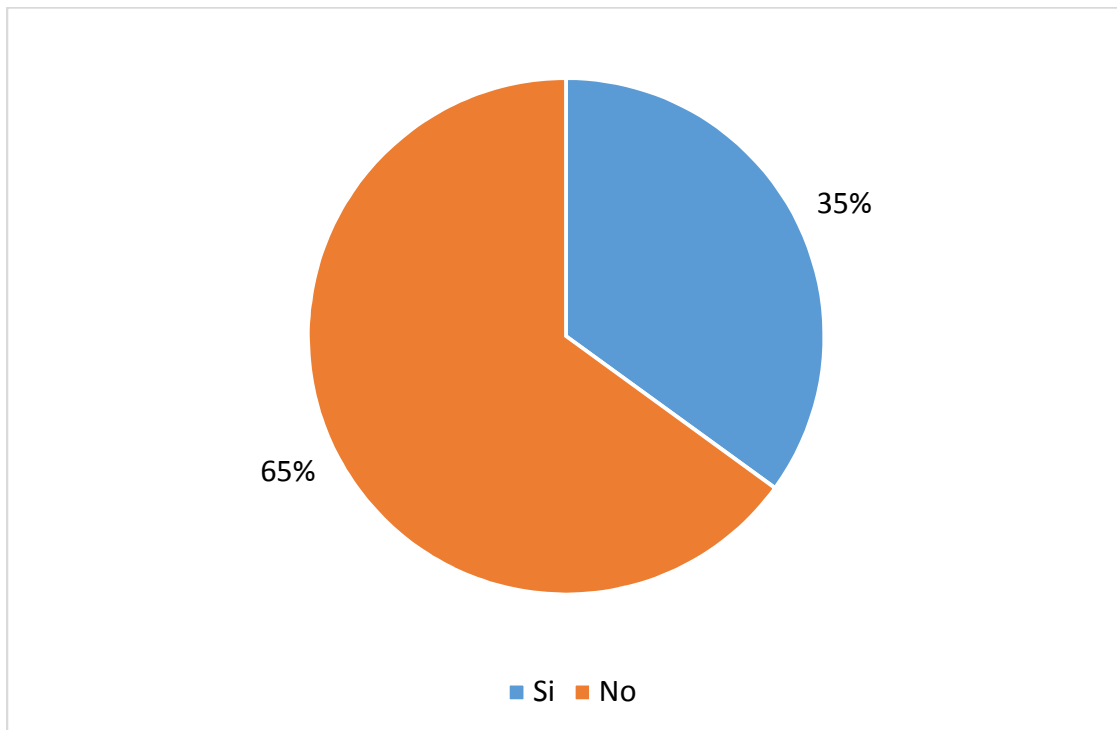
### **ANÁLISIS:**

A la población que se le aplica el instrumento de investigación podemos decir que el 35% tiene trabajo, mientras que el 65% de ella no trabaja.

### **INTERPRETACIÓN.**

En su mayoría de las personas entrevistadas no realizan trabajo, mientras que una minoría sí, la cual es un factor importante para el apareamiento de síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas.

**Grafica 3:** Realiza trabajo la población estudio.



**Fuente:** Tabla 5

**Tabla 6:** Frecuencia de la Enfermedades crónicas no degenerativas.

<b>Enfermedades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Hipertension Arterial crónica	56	47%
Diabetes Mellitus	16	13%
Enfermedad Renal Crónica	6	5%
Diabetes Mellitus + Hipertension Arterial	24	20%
Hipertension Arterial Crónica + Enfermedad Renal	12	10%
Diabetes Mellitus + Enfermedad Renal	3	2.5%
Hipertension Arterial + Diabetes Mellitus + Enfermedad Renal	3	2.5%
Total	120	100%

**Fuente:** Encuesta

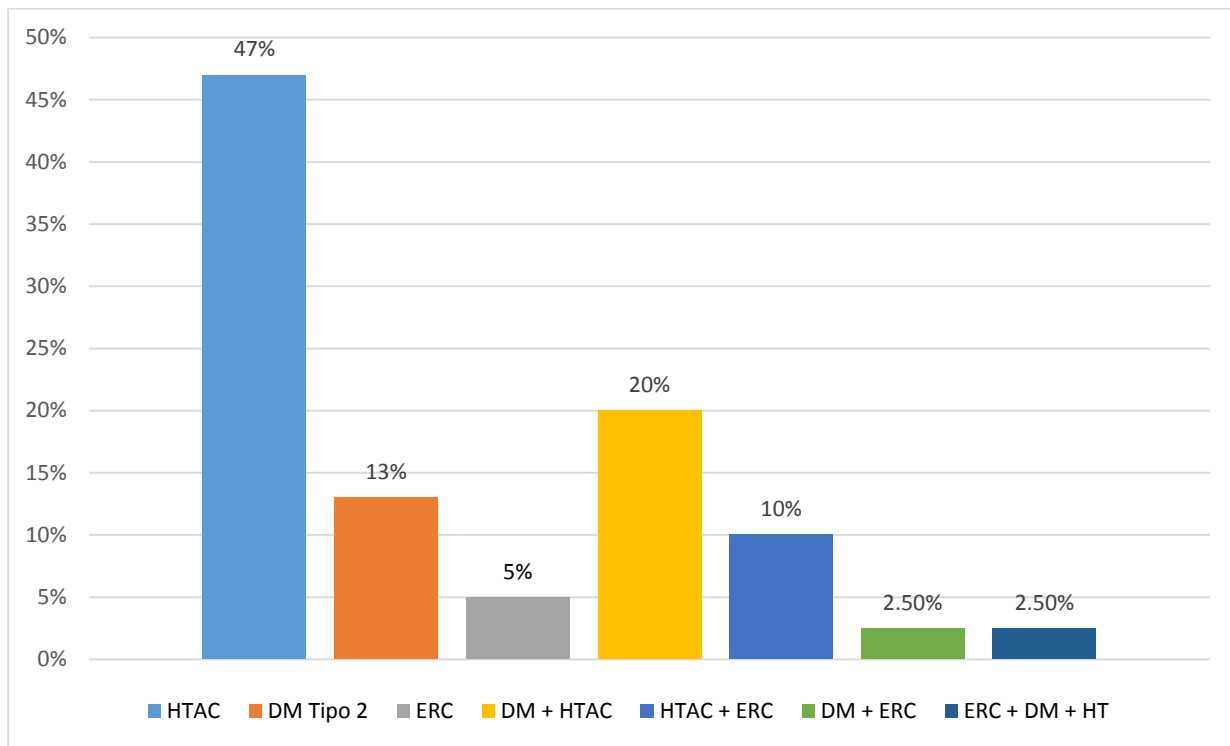
### **ANÁLISIS:**

En la aplicación del instrumento de investigación a pacientes de la tercera edad, para identificar las enfermedades crónicas degenerativas se puede decir que la que presenta mayor ponderación con una frecuencia de 56 que representa el 47% en el porcentaje es la Hipertension Arterial Crónica, en segundo lugar con una frecuencia de 24 y un porcentaje de 20% se encuentran la Diabetes Mellitus y Hipertension Arterial, la Diabetes Mellitus por si sola con frecuencia de 16 siendo un 13% del total de estudio, además la Enfermedad Renal Crónica con frecuencia de 6 con un porcentaje de 5%. Donde en 5% restante corresponde a enfermedad con síndrome factorial, es decir Enfermedad Renal, Diabetes Mellitus y Hipertension arterial.

### **INTERPRETACIÓN.**

Con esta tabla podemos determinar que la población estudiada es afectada con mayor ponderación por Hipertension arterial crónica como entidad sola, seguida por Diabetes Mellitus e Hipertensión como síndrome, y con menor frecuencia por Enfermedad renal crónica, Diabetes Mellitus e hipertension arterial.

**Grafica 4:** Frecuencia de la Enfermedades crónicas no degenerativas.



**Fuente:** Tabla 6.

**Tabla 7.** Correlación de enfermedades crónico degenerativas con presencia de síntomas depresivos y si desempeñan trabajo

Enfermedades	Frecuencia	Síntomas depresivos		Trabaja	
		SI	NO	SI	NO
Hipertension Arterial crónica	56	53	3	24	32
Diabetes Mellitus	16	14	2	4	12
Enfermedad Renal Crónica	6	6	0	2	4
Diabetes Mellitus + Hipertension Arterial	24	23	1	7	17
Hipertension Arterial Crónica + Enfermedad Renal	12	12	0	4	8
Diabetes Mellitus + Enfermedad Renal	3	3	0	0	3
Hipertension Arterial + Diabetes Mellitus + Enfermedad Renal	3	3	0	0	3
Total	120	114	6	41	79

**Fuente:** Encuesta Yesavage modificada

### ANÁLISIS:

En la presente tabla se puede evidenciar que de 56 pacientes con Hipertension Arterial, 53 de ellos presentan síntomas depresivos, con 3 que no presentan síntomas depresivos, de estos 24 de ellos trabajan, mientras que 32 de ellos no trabajan. En segundo plano los pacientes con diabetes mellitus que son un total de 16, de estos 14 presentan síntomas depresivos y 2 no presentan síntomas depresivos, además de este grupo 4 de ellos trabajan y el resto no trabaja. En tercer lugar se encuentra la enfermedad renal crónica con una frecuencia de 6, en los cuales 6 presentan síntomas depresivos donde 2 de ellos trabajan frente a 4 que no lo hacen. Paciente con Diabetes y Hipertension presentaron una frecuencia de 24 donde ellos 23 presentan síntomas depresivos mientras que 1 de ellos no presento, y en cuanto al trabajo en este grupo 17 no trabajan mientras 17 si lo hacen. Los pacientes con Hipertension mas enfermedad renal fueron 12 de los cuales todos presentan síntomas depresivos y con una frecuencia en cuanto al trabajo de 4 que trabajan contra 8 que no lo hacen. Diabetes y Enfermedad renal con frecuencia de 3 de los cuales los 3 presentan síntomas depresivos y 3 no realizan trabajo. En pacientes que presentan Hipertension, diabetes y

enfermedad renal un total de 3 de los cuales todos presentan síntomas depresivos y no realizan trabajo.

### **INTERPRETACIÓN.**

Al realizar el análisis de varianza sobre la presencia de enfermedades crónicas con síntomas depresivos se determinó que  $F_c = 7.61 > F_t = 4.28$ , por lo tanto existe una diferencia estadística significativa entre la presencia de enfermedades crónicas y el apareamiento de síntomas depresivos con un IC = 95%.

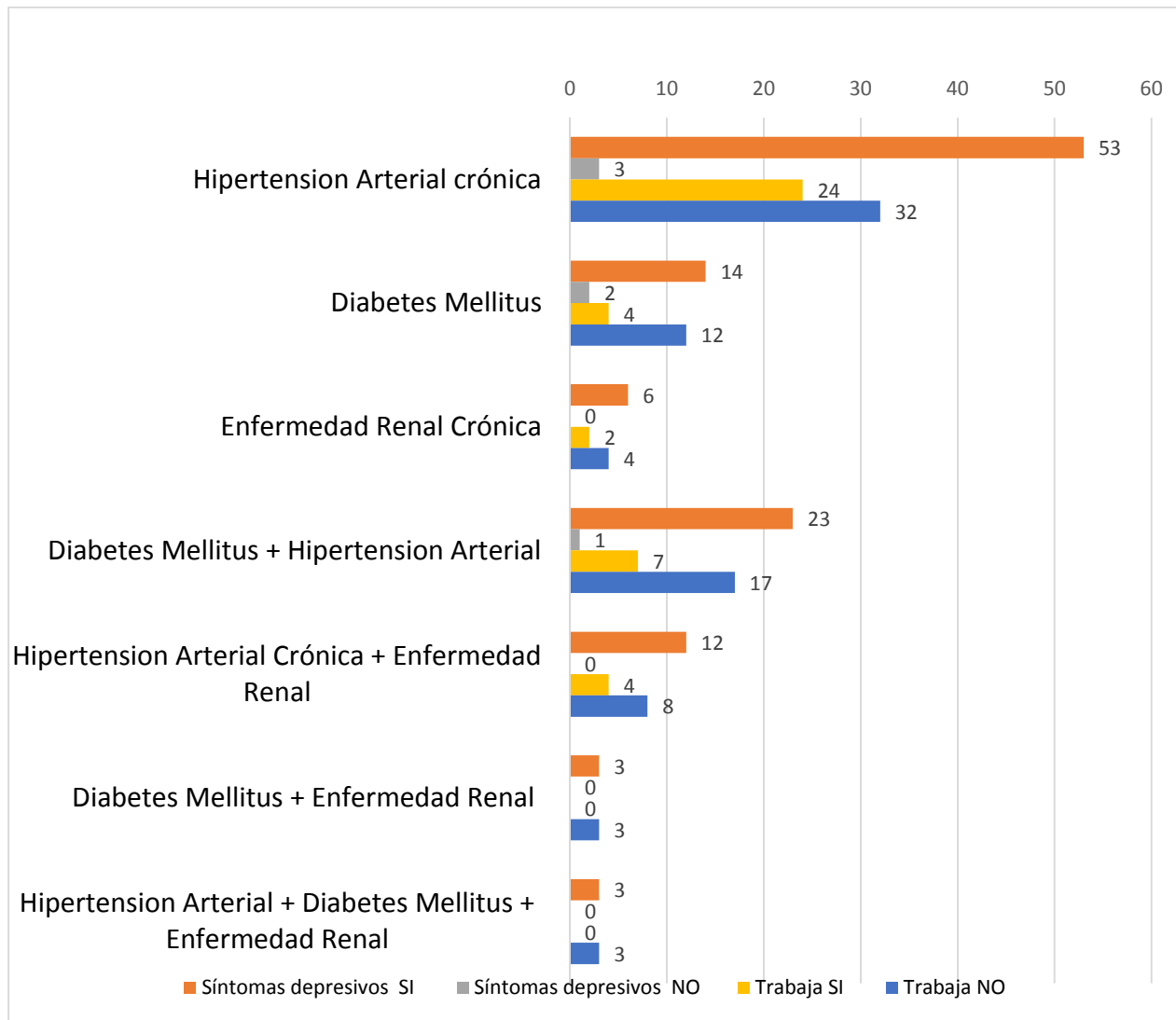
En relación al grupo de personas de la tercera edad que no trabajan y presentan síntomas depresivos se encontró que  $F_c = 8.56 > F_t = 5.99$ , por lo tanto existe una diferencia estadística significativa entre la presencia de los síntomas depresivos en personas de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas que no trabajan con un IC = 95%

### **) ODDS RATIO.**

En relación a la enfermedades crónicas con existencia de síntomas depresivos se puede decir que existe un 4.26% más de probabilidad de presentar síntomas depresivos, en las personas de la tercera edad que no trabajan en comparación de las que sí tienen trabajo.



**Grafica 5:** Correlación de enfermedades crónicas degenerativas con presencia de síntomas depresivos y si desempeña trabajo.



**Fuente:** Tabla 7.

**Tabla 8:** Correlación de estado civil con presencia de síntomas depresivos.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Síntomas Depresivos	
			SI	NO
Casado	36	30%	33(27.5%)	3(2.5%)
Acompañado	29	24%	28(23.33%)	1(0.83%)
Soltero	9	8%	9(7.5%)	0(0.0%)
Viudo	42	35%	40(33.33%)	2(1.66%)
Divorciado	4	3%	4(3.33%)	0(0.0%)
Total	120	100%	114(95%)	6(5%)

**Fuente:** Encuesta Yesavage modificada

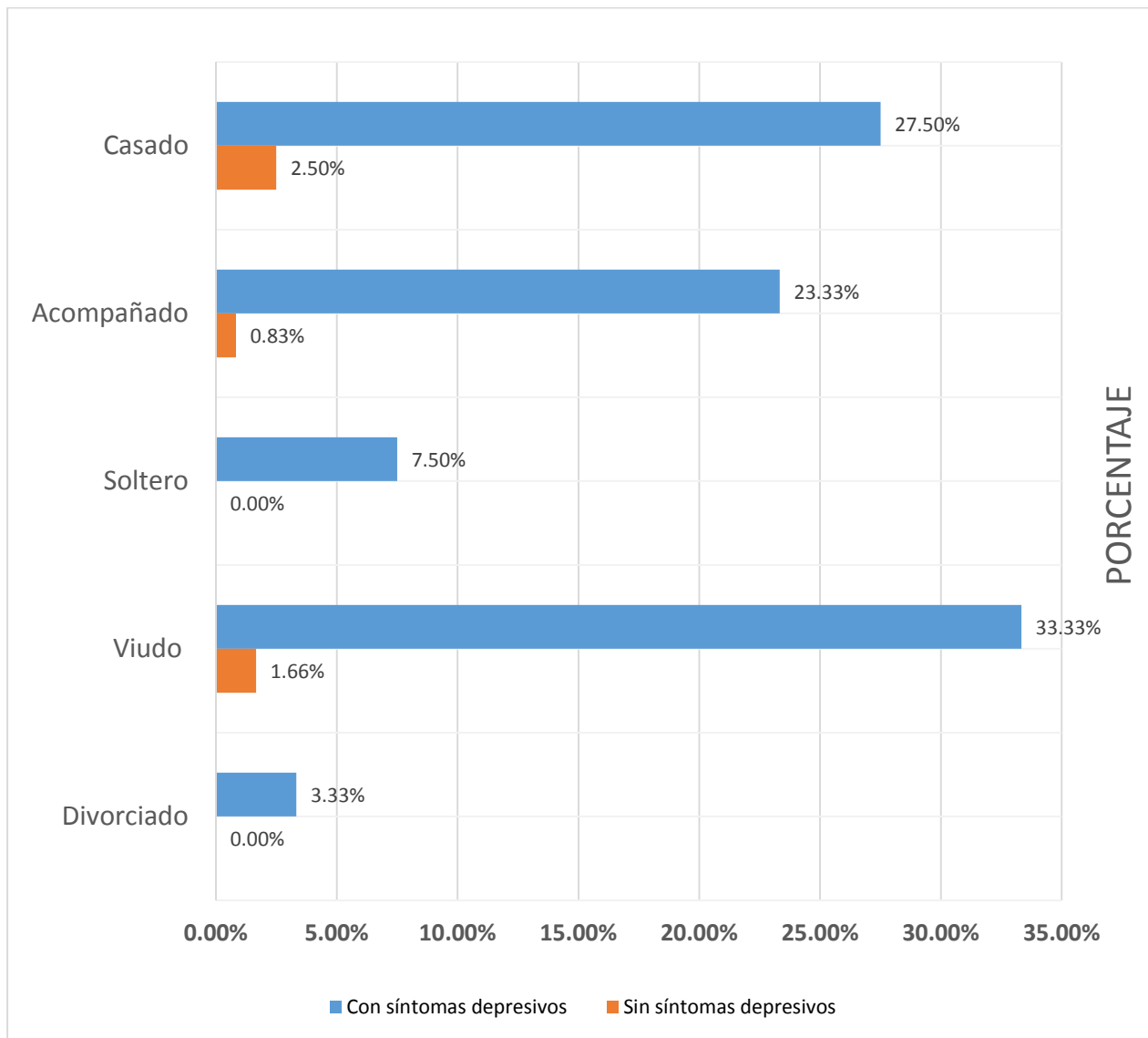
### **ANÁLISIS:**

En la siguiente se presentan el estado civil de la población de estudio en la cual podemos decir que en los casados presentan una frecuencia de 36, de los cuales 27.5% presentan síntomas depresivos y 2.5% de ellos no presentan síntomas depresivos. Los acompañados tiene una frecuencia de 29 de estos 23.33% de ellos presentan síntomas depresivos y 0.83% de ellos no. Solteros fueron 9 de estos los 7.5% presentan síntomas depresivos. Viudos con frecuencia de 42 de estos 33.33% presentan síntomas depresivos y 1.66% de ellos no presentan síntomas depresivos. De los 4 divorciados; el 3.33% presentan síntomas depresivos.

### **INTERPRETACIÓN**

El estado civil influye en el apareamiento de síntomas depresivos en personas de la tercera edad; ser soltero predispone en un 1.74% veces más de presentar síntomas depresivos en personas de la tercera edad, en comparación con el resto.

**Grafica 6:** Correlación del estado civil con presencia de síntomas depresivos.



**Fuente:** Tabla 8.

**Tabla 9:** Correlación de sexo con presencia de síntomas depresivos.

Sexo	Porcentaje	Síntomas Depresivos		
		SI	NO	
Femenino	78	65%	74(61.67%)	4(3.33%)
Masculino	42	35%	40(33.33%)	2(1.67%)
Total	120	100%	114(95%)	6(5%)

**Fuente:** Encuesta Yesavage modificada

### **ANÁLISIS:**

Del total de población estudiada de acuerdo a su sexo representa una frecuencia de 78 mujeres y 42 hombres. Del primer grupo 74 de ellas presentan síntomas depresivos (61.67%) y 4 de ellas no presentan síntomas depresivos (3.33%). De los hombres 40 de ellos presentan síntomas depresivos (33.33%) y 2 de ellos no presentan síntomas depresivos (1.67%)

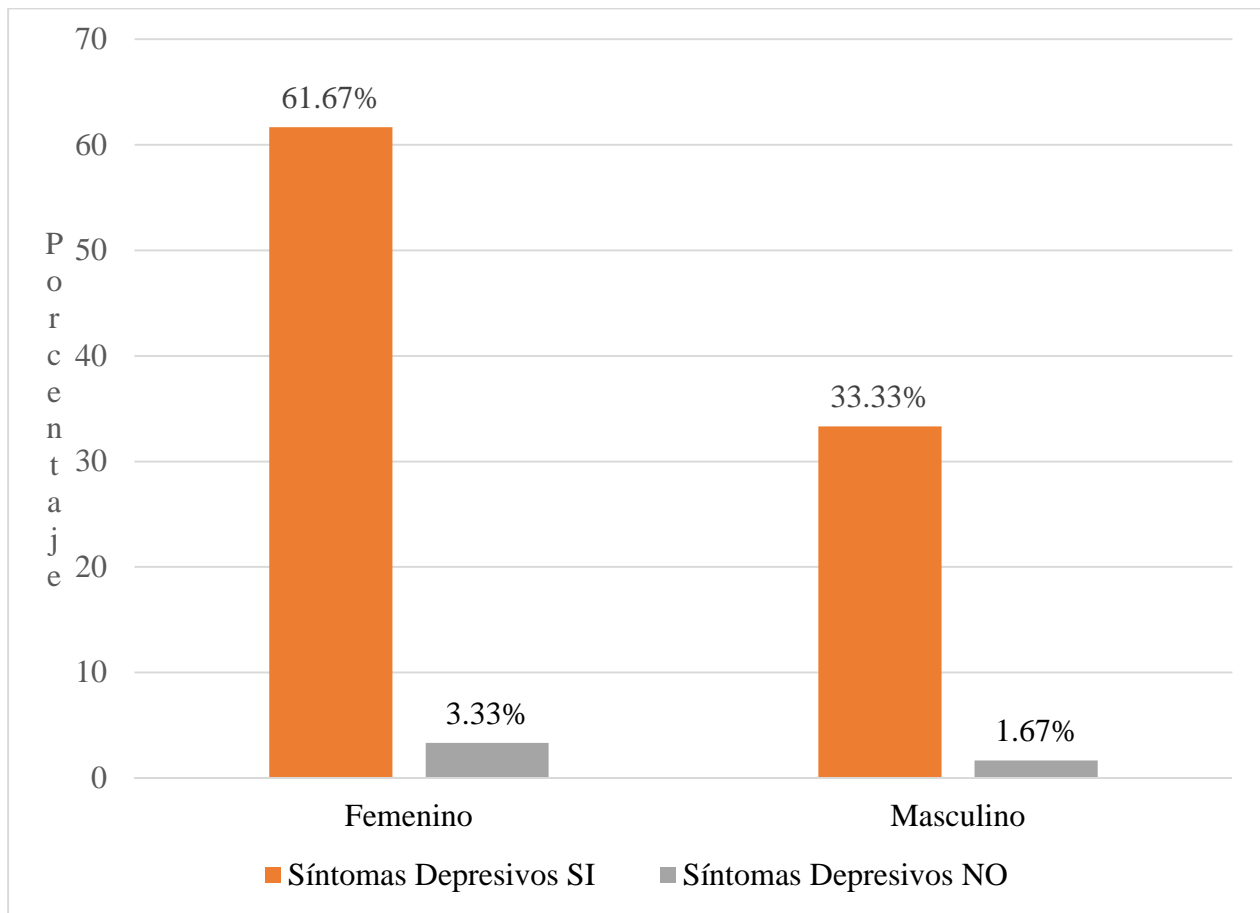
### **INTERPRETACIÓN.**

La presencia de síntomas depresivos es en el sexo femenino en un 65%, mientras que en el sexo masculino es de 35%; esto se debe que las mujeres consultan con mayor frecuencia a diferencia que los hombres.

### **J ODDS RATIO.**

La probabilidad de desarrollar síntomas depresivos es de 1.25% más frecuente en mujeres que en hombres.

**Grafica 7:** Correlación de sexo con presencia de síntomas depresivos.



**Fuente:** Tabla 9.

## 8. DISCUSIÓN

Para realizar la investigación se tomó una muestra de 120 usuarios, mayores de 60 años, con enfermedades crónicas degenerativas que asistieron a consultar en las unidades de salud, donde se aplicó el cuestionario de Yesavage modificada por el grupo de investigación en el año 2018. Los datos resultantes del estudio, se presentan en tablas y gráficas en los cuales se deducen las frecuencias relativas para el análisis y discusión de los mismos.

Un estudio titulado depresión en el anciano; una perspectiva general, realizado por personal de Instituto del Seguro Social Mexicano en el año 2015, señala que en el 10 – 15% de los ancianos que viven en la comunidad tienen algún grado de sintomatología depresiva en algún momento determinado, estos síntomas están determinados como la edad, el sexo, lugar y existencia de patologías concomitantes (15).

Esto coincide con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el cual, la variable sexo reveló que la población estudiada el 65% es del sexo femenino, y 35% es del sexo masculino. La situación actual de la población del país en que las mujeres presentan más síntomas depresivos que los hombres y las diferencias se acentúan a medida que se consideran los grupos de edades más avanzada, al igual que el estudio consultado donde el sexo femenino es considerado como factor de vulnerabilidad ante la depresión.

La edad es considerada es un factor de riesgo frente a la depresión y crea mayor probabilidad de pérdida de autonomía, mayor posibilidades de enfermedades, siendo estas la población de mayor demanda de cuidados, ya sea para la familia, sistema de salud y comunidad. Las proyecciones para nuestro país así como para el resto de América Latina, indican que el envejecimiento de la población se continuara acentuando.

La investigación aporta que independiente del estado civil del paciente pueden presentar síntomas depresivos y que el factor protector ante dicho problema es el trabajo y/u ocupación en comparación con la bibliografía utilizada, la cual menciona que una de las causas de la depresión es la pérdida de un ser querido.

La aplicación de esta herramienta fue valiosa, ya que nos aportó datos de interés que se desconocían hasta el momento.

## 9. CONCLUSIONES.

1. La incidencia de síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas es del 95%.
2. La presencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas se asocia al sexo femenino en 65%, mientras que el sexo masculino en un 35%
3. El porcentaje de personas con enfermedades crónicas de generativas que presentan síntomas depresivos proceden del área rural en un 68% y del área urbana 32%.
4. Los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que han suspendido sus actividades laborales presentan un aumento en los síntomas depresivos en un 65%; en comparación con los que continúan con las actividades que representan un 35%.
5. Las enfermedades crónicas de generativas presentes en la población de estudio son de acuerdo a frecuencia mayor a menor; hipertensión arterial crónica en 47%, diabetes mellitus más hipertensión arterial crónica en 20%, Diabetes mellitus en un 13%, hipertensión arterial más enfermedad renal crónica en un 10%, enfermedad renal crónica 2.5%.
6. El estado civil influye en el apareamiento de síntomas depresivos en personas de la tercera edad; ser soltero predispone en un 1.74% veces más de presentar síntomas depresivos en personas de la tercera edad, en comparación con el resto
7. El trabajo y/u ocupación es un factor de protección ante el apareamiento de síntomas depresivos.
8. Existe una diferencia estadística significativa entre la presencia de enfermedades crónicas y el apareamiento de síntomas depresivos con un IC = 95%.

9. En relación a las enfermedades crónicas con existencia de síntomas depresivos podemos decir que existe un 4.26% más de probabilidad de presentar síntomas depresivos, en la personas de la tercera edad que trabajan en comparación de las que sí tienen trabajo.
  
10. El test de Yessavage es de gran utilidad en detección de síntomas depresivos ya muestra una sensibilidad precoz en la detección de este problema en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas.



## 10. RECOMENDACIONES.

### 1. MINISTERIO DE SALUD:

- Crear espacios equipados y contratación del personal idóneo para la atención de pacientes con trastornos depresivos.
- Establecer un enlace desde el primer nivel de atención con segundo nivel, para una atención pronta con calidad y calidez para los pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas que presenten síntomas depresivos.

### 2. UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR:

- Contar con el espacio necesario para atención de pacientes con trastornos del estado de ánimo.
- Contar desde el primer nivel de atención con una herramienta que permita la detección de signos de patología depresiva en adulto mayor, por ejemplo como Yesavage.

### 3. PERSONAL DE SALUD.

- Promover actividades que permitan prevenir los síntomas depresivos en el primer nivel de atención mediante:
  - ) Creación de grupos de lectura.
  - ) Intercambio de opiniones.
  - ) Actividad física.
  - ) Espacios audiovisuales.
  - ) Formación de grupo de campo.
  - ) Brindar espacios de escucha para considerar necesidades reales de la población.
- Implementar un programa de prevención de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas; a través de los Clubes de enfermedades crónicas en el primer nivel de atención.

- Si bien esta investigación se realizó en una población adulto mayor, consideramos importante realizar la detección precoz en la población adulta con el fin de prevenir esta patología y así disminuir la incidencia en el adulto mayor.

#### 4. MEDICOS DE UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIARES.

- Identificar y tratar de forma oportuna los síntomas depresivos en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas con síntomas depresivos para evitar progresión.
- Es necesario establecer un método diagnóstico fácil que se aplique en el primer nivel de atención, para la identificación de síntomas depresivos de forma precoz en pacientes de la tercera edad con enfermedades crónicas degenerativas.
- Como profesionales de salud deben utilizar y aplicar de esta herramienta que nos brinda pautas para realizar prevención y detección precoz de depresión, enriqueciendo nuestro conocimiento.

#### 5. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

- Implementar temas de salud mental, en talleres de habilidades y destreza.
- Promover investigaciones en el adulto mayor.

#### 6. MEDICOS EN SERVICIO SOCIAL.

- Incluir en otras investigaciones a la población de estudio del adulto mayor.
- Incorporar temas referentes a salud mental y trastornos depresivos.

#### 7. ESTUDIANTES DE MEDICINA.

- Dar importancia a los temas de salud mental, por ser una problemática la cual cada día aumenta la incidencia.
- Promover investigaciones que abordan la temática del adulto mayor con enfermedades crónicas y síntomas depresivos.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. MINSAL. OPS. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 23. Available from: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_content&view=article&id=500:estrategia-proyecto-2-acceso-universal-sistemas-servicios-salud-en&Itemid=0](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_content&view=article&id=500:estrategia-proyecto-2-acceso-universal-sistemas-servicios-salud-en&Itemid=0).
2. MINSAL. Guías Clínicas de Salud Mental y Psiquiatría San Salvador ; 2017.
3. MINSAL. Guía clínica de medicina interna. 2018 enero; 1(1): p. 4.
4. Associatio ACoCylAH. Clasificación Hipertensión Arterial. 2017.
5. MINSAL. GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. San Salvador; 2015.
6. López ED. Enfermedad Renal Crónica clasificación. Medigraphic Artemisa. .
7. ISBM. GUÍAS CLÍNICAS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. Guías clínicas. 2013 Septiembre;; p. 22.
8. IV D. Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales.
9. Ávila-Funes SANYJA. La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto. Medigraphic Artemisa. ; p. 142.
- 10 M. CS. Manual de Geriatria. Tercera ed. Barcelona ; 1990.
- .
- 11 Ferras Rojas L. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. Revista de Ciencias Médicas, La Habana. 2015;; p. 8.
- 12 Dr. Marcos Castro Lizárraga MIBBSRZDLVAMDVMDDA. Factores de Riesgo Asociados a la depresión del Adulto Mayor. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2006;; p. 136.
- 13 The Hartford Institute for Geriatric Nursing NYUCoN. La Escala de depresión Geriátrica. Try This. 2007.
- 14 Ayala AEG. La Depresión en el Anciano. OFFARM. 2007; 2: p. 89.
- .
- 15 Carmen García Peña TJSS. Depresión en el Anciano: Una perspectiva General. México;; . 2015.

## 12. ANEXOS.

### Anexo 1: Presupuesto financiero

<b>RUBROS</b>	<b>PRECIO UNITARIO EN USD</b>	<b>PRECIO TOTAL EN USD</b>
<b>PERSONAL</b>		
Médicos en servicio social	<b>Adhonorem</b>	
<b>EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS</b>		
Internet	<b>\$25.00</b>	<b>\$75.00</b>
Energía Eléctrica	<b>\$25.00</b>	<b>\$75.00</b>
<b>MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA</b>		
3 Resmas de papel bond T/carta	<b>\$5.00</b>	<b>\$15.0</b>
500 Impresiones de color negro	<b>\$0.15</b>	<b>\$75.00</b>
50 Impresiones a colores	<b>\$0.25</b>	<b>\$12.25</b>
322 Copias de instrumento de investigación (Son dos hojas)	<b>\$0.05</b>	<b>\$16.10</b>
6 Anillado	<b>\$3.00</b>	<b>\$12.00</b>
6 Empastado	<b>\$10.00</b>	<b>\$60.00</b>
6 Bolígrafos	<b>\$0.25</b>	<b>\$1.50</b>
1 Calculadora	<b>\$3.0</b>	<b>\$3.0</b>
344.85		
<b>10% de imprevistos</b>		<b>\$34.48</b>
	<b>GRAN TOTAL</b>	<b>\$379.33</b>

**Anexo 2: Cronograma de actividades.**

Mes Semana	ene-18				feb-18				mar-18				abr-18				may-18				jun-18				jul-18				ago-18				sep-18				oct-18				nov-18				dic-18							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
<b>ACTIVIDADES.</b>																																																				
1. Reuniones General con la Coordinadora de proceso de graduación y asesores.	■				■	■	■		■				■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■	
2. Inscripciones del proceso de graduación.	■																																																			
3. Aprobación del tema de investigación			■																																																	
4. Elaboración de protocolo de investigación.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																				
5. Presentación escrita del protocolo de investigación.													Entrega 11 de mayo 2018																																							
6. Ejecución de la investigación.													■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																												
7. Procesamiento de los datos.																					■	■	■	■																												
8. Elaboración de discusión y pruebas de hipótesis.																									■																											
9. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																													■																							
10. Redacción del informe final																																	■																			
11. Entrega de informe final.																																					■															
12. Exposición de resultados y defensa de informe final de investigación.																																									■	■	■	■								

**Anexo 3: Consentimiento informado**



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTISCIPLINARIA ORIENTAL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, he sido elegido para participar en la investigación **INCIDENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON ENFERMEDADES CRÓNICAS QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIAS DE HATO NUEVO, SAN ALEJO; SAN JOSÉ DE LA FUENTE, LA UNIÓN Y CHIRILAGUA, SAN MIGUEL EN EL AÑO 2018.**

Se me han explicado la aplicación de un instrumento de investigación que consiste en preguntas cerradas, además los riesgos y beneficios y con que cuenta dicho trabajo de investigación, por tanto doy autorización con el uso de mis facultades a que se aplique en mi persona de forma voluntaria, respetándose mi derecho a la confidencialidad medico paciente.

\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre completo, firma o huella del participante.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Anexo 4:** Cuestionario Dirigido a la población.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL.  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD CON SINTOMAS  
DEPRESIVOS CON ENFERMEDADES CRONICAS.

OBJETIVO DEL INSTRUMENTO: RECOPIACION DE INFORMACION.

UCSFI \_\_\_\_\_ N. DE INSTRUMENTO \_\_\_\_\_

**A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS:**

1. NOMBRE \_\_\_\_\_
2. Sexo F\_\_ M\_\_
3. Edad \_\_\_\_\_ años cumplidos.
4. Estado familiar; soltero\_\_ casado\_\_ acompañado\_\_ divorciado\_\_
5. Procedencia. R\_\_ U\_\_
6. Sabe leer y escribir SI\_\_ NO\_\_
- 7.Cuál es su último grado de estudio. \_\_\_\_\_
8. Ocupación \_\_\_\_\_
9. Trabaja SI\_\_ NO\_\_

**B. CARACTERISTICAS PATOLOGICAS.**

Indicación: Marca con una X.

- |   |                 |       |   |                     |       |
|---|-----------------|-------|---|---------------------|-------|
| 1 | HTAC:           | _____ | 5 | HTAC Y ERC          | _____ |
| 2 | DM TIPO2        | _____ | 6 | DM TIPO2 Y ERC      | _____ |
| 3 | ERC             | _____ | 7 | ERC, DM TIPO2 Y HTA | _____ |
| 4 | HTAC Y DM TIPO2 | _____ |   |                     |       |

### C. CARACTERISTICAS PSIQUICAS (Identificación de síntomas depresivos)

Indicación: Marca con una X

- |    |   |    |                          |    |                          |
|----|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1  | ¿Está básicamente satisfecho con su vida                      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2  | ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?        | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3  | ¿Siente que su vida está vacía?                               | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4  | ¿Se siente a menudo aburrido?                                 | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5  | ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo?              | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6  | ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?                      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7  | ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?                   | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8  | ¿Se siente a menudo sin esperanza?                            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 9  | ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 10 | ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?    | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 11 | ¿Cree que es maravilloso estar vivo?                          | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 12 | ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora?            | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 13 | ¿Piensa que su situación es desesperada?                      | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 14 | ¿Se siente lleno de energía?                                  | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 15 | ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?        | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |



Esta evaluación se aplica a pacientes de la tercera edad, que tengan unas enfermedades de base, para conocer la presencia de síntomas depresivos. En su versión abreviada consta de 15 preguntas que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos. En donde responder con SI las preguntas: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, de igual manera responder las preguntas con NO como lo son: 1, 5, 7, 11, 13 representa un punto positivo para presencia de síntomas depresivos. Hay que tomar en cuenta que es un instrumento de apoyo.

## **Anexo 5: Siglas y abreviaturas.**

1. **ADT:** Inhibidores no selectivos de la receptación, Antidepresivos Tricíclicos.
2. **AINES:** Antiinflamatorios No Esteroideos.
3. **APA:** Asociación Psiquiátrica Americana.
4. **ARA II:** Antagonista del receptor AT1 de Angiotensina II.
5. **DL:** decilitro.
6. **ERC:** Enfermedad Renal Crónica.
7. **GDS:** Escala de Depresión Geriátrica.
8. **HTA:** Hipertensión Arterial
9. **IECA:** Inhibidores de enzima convertidor de angiotensina.
10. **IMAO:** Inhibidores de la monoaminoxidasa.
11. **IMC:** Índice de Masa Corporal.
12. **IPT:** Psicoterapia interpersonal.
13. **ISRNa:** Inhibidores selectivos de la receptación de noradrenalina.
14. **ISRS:** Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina.
15. **K-DOQI:** Kidney Disease Outcomes Quality Initiative.
16. **Kg:** kilogramo.
17. **m<sup>2</sup>:** metro cuadrado.
18. **mg:** miligramo.
19. **min:** minuto.
20. **MINSAL:** Ministerio de Salud.
21. **mL:** mililitro.
22. **mmHg:** milímetro de mercurio
23. **NKF:** National Kidney Foundation.
24. **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
25. **OPS:** Organización para la salud.
26. **TEC:** Terapia Electro convulsiva.
27. **UCSFI:** Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia.
28. **VIH:** Infección Por Virus de la Inmunodeficiencia humana

## Anexo 6: Glosario.

1. **ANEMIA:** Concentración disminuida de hemoglobina en sangre.
2. **ANGUSTIA:** Estado de intranquilidad o inquietud muy intensas causado especialmente por algo desagradable o por la amenaza de una desgracia o un peligro.
3. **CARBOHIDRATOS:** Sustancia orgánica sólida, blanca y soluble en agua, que constituye las reservas energéticas de las células animales y vegetales; está compuesta por un número determinado de átomos de carbono, un número determinado de átomos de oxígeno y el doble de átomos de hidrógeno.
4. **CICLOTIMIA:** Estado mental caracterizado por variaciones del humor en que se pasa de la euforia a la depresión, tristeza o melancolía.
5. **DEPRESION:** se define como aquel trastorno afectivo caracterizado por sentimientos de tristeza y desesperación, la mayor parte del día, falta de energía o cansancio constante, y que estos síntomas se presentan casi todos los días, durante más de dos semanas, cuya gravedad va desde un trastorno leve hasta otro que amenaza la vida, siendo uno de los trastornos psiquiátricos más habituales entre los adultos mayores.
6. **DIABETES:** Síndrome clínico que resulta de alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, caracterizado por hiperglucemia, que resulta de alteraciones en la producción o en la acción de la insulina y que causa una alta propensión a complicaciones vasculares y neuropatías
7. **DISCAPACIDAD:** Es un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.
8. **DISTIMIA:** es un estado de ánimo depresivo en el cual la persona se encuentra la mayor parte del día deprimido, existiendo pérdida del apetito o aumento del mismo, insomnio o hipersomnias, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza.
9. **ELECTROLITOS:** Los electrolitos son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica.
10. **ENFERMEDAD RENAL CRONICA:** es la situación clínica derivada de la pérdida permanente de la función renal, usualmente por más de tres meses y con carácter progresivo, inducida por múltiples etiologías principalmente: hipertensión, diabetes y otras patologías de origen inmunológico y adquiridas.

11. **EPIDEMIOLOGIA:** Parte de la medicina que estudia el desarrollo epidémico y la incidencia de las enfermedades infecciosas en la población.
12. **ESQUIZOFRENIA:** Nombre genérico de un grupo de enfermedades mentales que se caracterizan por alteraciones de la personalidad, alucinaciones y pérdida del contacto con la realidad
13. **ETIOLOGIA:** Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades
14. **FATIGA:** Cansancio que se experimenta después de un intenso y continuado esfuerzo físico o mental.
15. **GERIATRIA:** Parte de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la vejez.
16. **HEMOSIDEROSIS:** es un término usado para la acumulación excesiva de depósitos de hierro, llamados hemosiderina, en los tejidos.
17. **HIPERCALEMIA:** Es una afección ocasionada por niveles de potasio más altos de lo normal en el torrente sanguíneo
18. **HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA:** Elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, con valores iguales o mayores de 140/90 mm Hg medida correctamente en dos o más consultas médicas.
19. **HIPOTIROIDISMO:** Enfermedad que se caracteriza por la disminución de la actividad funcional de la glándula tiroides y el descenso de secreción de hormonas tiroideas; provoca disminución del metabolismo basal, cansancio, sensibilidad al frío y, en la mujer, alteraciones menstruales.
20. **INSOMNIO:** Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo que se sufre en el momento en que corresponde dormir.
21. **INTOXICACION:** Reacción fisiológica causada por un veneno, o por la acción de una sustancia tóxica o en mal estado; el tóxico puede introducirse oralmente o a través de los pulmones o la piel.
22. **LLANTO:** Acción de derramar lágrimas en señal de dolor, tristeza, alegría o necesidad, o de fluir lágrimas de los ojos.
23. **MEDICAMENTO:** Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico
24. **METABOLISMO:** Conjunto de los cambios químicos y biológicos que se producen continuamente en las células vivas de un organismo

25. **MORBILIDAD:** Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
26. **MORTALIDAD:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.
27. **NAUSEAS:** Sensación de malestar en el estómago que se experimenta cuando se tienen ganas de vomitar y que suele culminar en vómitos.
28. **POBLACION:** Conjunto de seres vivos de la misma especie que habitan en un lugar determinado.
29. **POLIDIPSIA:** Necesidad exagerada y urgente de beber, que suele ser patológica y acompaña a enfermedades como la diabetes.
30. **POLIFAGIA:** Sensación imperiosa e incontenible de hambre que se presenta en determinadas enfermedades.
31. **POLIURIA:** Excreción muy abundante de orina.
32. **PREOCUPACION:** Estado de inquietud o temor producido ante una situación difícil, un problema.
33. **PROTEINAS:** Sustancia química que forma parte de la estructura de las membranas celulares y es el constituyente esencial de las células vivas; sus funciones biológicas principales son la de actuar como biocatalizador del metabolismo y la de actuar como anticuerpo.
34. **PSIQUIATRIA:** Parte de la medicina que se ocupa del estudio, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades mentales de carácter orgánico y no orgánico.
35. **SINTOMA:** Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
36. **SUICIDIO:** Es el acto en que una persona de forma deliberada se provoca la muerte.
37. **TERCERA EDAD:** es un término antro-po-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que uno se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir.
38. **TRISTEZA:** Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.

39. **VEJEZ:** es un proceso fisiológico de todo ser humano, donde se producen cambios físicos así como psicológicos y sociales.
40. **VOMITO:** Expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago.