



BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA



FACULTAD DE MEDICINA

TEMA: EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN
SENIL EN POBLACIÓN ASILADA
FUNDACIÓN GABRIEL PASTOR DE
PUEBLA, MÉXICO.

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO

ANA LILIA MMARTÍNEZ BARROSO

ASESOR METODOLÓGICO:
DR. JESÚS REYES JIMÉNEZ

ASESOR DE CONTENIDOS:
DR. SERGIO JUÁREZ RUGERIO

PUEBLA, PUE. ENERO, 1999.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.

ANTECEDENTES.

OBJETIVO GENERAL.

MATERIAL Y MÉTODO.

RESULTADOS.

DISCUSIÓN.

CONCLUSIÓN.

REFERENCIAS.

CUADROS Y GRÁFICAS.

INTRODUCCIÓN:

“Estoy envejeciendo, no puedo hacer nada para evitarlo”

“Estoy solo en la vida”. “No se a que día estamos, porque para mi todos los días son iguales: grises y aburridos”.

“No me gusta la vida”. “Algunas personas siempre saben hacer lo que les conviene, a mí todo me sale mal”.

Tales frases son frecuentes entre los adultos mayores, más aún, cuando se encuentran asilados y abandonados por sus propios familiares.

En un momento se ha considerado que éstas expresiones depresivas, desesperanzadas e incapacitantes se han atribuido al proceso del envejecimiento.

Los jóvenes suelen pensar en la vejez como una época de tristeza y amargura. Simone Beauvoir (1970) nos cuenta que el joven Buda, príncipe de Sidarta, le gustaba abandonar su bello palacio e internarse en su carruaje por el campo. La primera vez que salió se encontró con un anciano decrepito, canoso, lleno de arrugas y vacilante que andaba encorvado apoyándose en un palo, temblando y murmurando palabras ininteligibles. El joven príncipe se sintió atónito y le dijo al cochero: somos débiles e ignorantes criaturas; embriagados por la vanidad de la juventud, ni nos acordamos de la vejez. Corramos de vuelta al palacio. ¿Qué finalidad tienen los placeres de la vida si al final acabaré convirtiéndome en un viejo?.

Envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse. A pesar de todo, quienes observan con seriedad a los ancianos, saben que muchos de ellos, la mayoría se encuentran satisfechos y sólo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad.

Abrimos aquí todo un paréntesis para iniciar un estudio sobre aquellos aspectos depresivos que envuelven a los ancianos asilados.

ANTECEDENTES

DEPRESIÓN:

La depresión es uno de los desórdenes psiquiátricos más comunes en adultos de edad avanzada. Cuando se mide por escalas tradicionales, la frecuencia de síntomas depresivos clínicamente importantes entre las personas mayores en la comunidad, oscila entre 8% y 15% y entre los ancianos institucionalizados es cerca del 30%.(9)

El riesgo de suicidio es más alto para los hombres ancianos de color blanco que en cualquier otra edad, sexo o grupo racial.

El grupo actual entre las edades de 70-90 años tiene menos desórdenes depresivos severos en la edad adulta, que los grupos que le preceden.

Sin embargo, considerando que la población anciana ha aumentado, el número de casos no ha disminuido en forma apreciable.

Existen cuadros con antecedentes familiares depresivos o trastornos emotivos que pronostican futuros episodios depresivos, lo que se le denomina técnicamente prevalencia o predisposición.

La incidencia o probabilidad de que se desarrolle un trastorno depresivo, va en relación directa a un episodio agudo ante la pérdida de un ser querido, de una vivencia desagradable, que superada ésta se vuelve a la normalidad; pudiéndose también un cuadro crónico ante la situación de jubilación, pérdida completa de salud, de un poder económico, y la duración de un episodio depresivo, va en función de la incidencia (circunstancias) y prevalencia (predisposición).(11)

Además el número de casos debería aumentar sustancialmente por los próximos 20-30 años mientras que los grupos más jóvenes que tienen una frecuencia más alta de depresión temprana en la vida, aumenta con la edad, ya que se es más sensible a las emociones, así como dificultad de adaptarse a su nuevo medio social confinados en hogares o en hospitales, se presenta con mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, y más frecuente en la zona urbana que en la rural, así como hay predominio en la clase baja y media que en la alta y es mayor en la gente sin alguna actividad. (5)

CAUSAS DE LA DEPRESIÓN:

Son tres los factores principales de las causas de la depresión

1. Un factor hereditario predisponente. ✓
Donde una estructura mental y emocionalmente débil tiene mucho mayor prevalencia e incidencia en que se presente la depresión.
2. Un factor condicionante que es favorecido por su medio ambiente adverso, aunado a la tensión emocional, uso de fármacos, desajuste familiares, sociales, culturales, económicos, drogadicción, alcoholismo. ✓
3. Un factor desencadenante, provocado ante la pérdida de un familiar, divorcio, de jubilación, pérdida de salud, dificultad en las relaciones familiares, sociales, enfermedades como tiroiditis, enfermedad de Addison, Cushing, embolia, diabetes, infarto de miocardio, entre otras.(1) ✓

CUADRO CLÍNICO:

El cuadro clínico está basado en los sentimientos, pensamientos y acciones a las personas a las que se explora; los síntomas y signos de los trastornos psiquiátricos consisten en cambios de funcionamiento físico y emocional comunicado de manera subjetiva del paciente durante el interrogatorio.(3)

Los signos son indicios objetivos de la mala adaptación del individuo con su entorno familiar, laboral, social.

Los signos y síntomas de la depresión senil, consisten no sólo en las manifestaciones y evidencias observables en el individuo en relación con su medio ambiente, sino también en la calidad en las relaciones interpersonales.

Los signos y síntomas centrales de la depresión incluyen la tristeza, humor decaído, pesimismo sobre el futuro, la autocrítica, la autoacusación, la lentitud de pensamiento, la dificultad para concentrarse, los trastornos del apetito y del sueño.

La depresión se detecta en ocasiones cuando el paciente anciano acude a consulta por dificultad física o por dificultad en sus relaciones familiares y sociales, pero durante el interrogatorio hábil se descubre en el centro de queja en el anciano la depresión. Siendo los síntomas divididos en cuatro grupos:

1. Emocionales.
2. Cognoscitivos.
3. Volitivos.
4. Físicos.

1. EMOCIONALES: Desde el punto de vista emocional se percibe un sentimiento de pérdida del ánimo seguido de abatimiento y tristeza con disminución de la satisfacción de la vida, pérdida del interés, llanto impulsivo, irritabilidad, sensación de vacío, medio, ansiedad, preocupaciones, desesperanza, sensación de fracaso, de inutilidad y soledad.

La falta de satisfacción de la vida que se da del más del 90% de los ancianos, relacionado con factores externos, debidos a la mala salud y ante una experiencia adversa en el medio ambiente social, por lo que la falta de interés por el medio social está presente en los cuadros seniles como la irritabilidad y la preocupación, cuadro que se acompaña del sentimiento de hostilidad para consigo mismo y que se asocia a impulsos de suicidio debido al desánimo, a la desmoralización, a la penuria económica que le resta autonomía y pérdida de la autoestima debido a ese incierto futuro, que lo asila socialmente y lo lleva al tedio y a la soledad.

2. COGNOSCITIVAS: Falta de autoestima, pesimismo, autoacusación y autocrítica, pensamientos suicidas, ideas delirantes, de inutilidad, de comportamiento imperdonable, así como alucinaciones, auditivas, visuales, olfativas, duda de valores y creencias, dificultad de concentración y mala memoria.

El proceso del pensamiento en el anciano depresivo puede percibirse distorsionado tanto en lo individual, familiar o social, se presenta en el 81% de los cuadros que se manifiesta rumiando los problemas presentes y pasados y lamentándose de conducta imperdonable y autoacusación, manifestando una conciencia obnubilante y presenta gran deterioro mental.

3.VOLITIVAS: Hay pérdida de la motivación que causa "parálisis de la voluntad", poca cooperación en la participación de eventos familiares o sociales.

Una característica del enfermo es la regresión, causando pérdida de la iniciativa y de la responsabilidad, ésta parálisis de la voluntad se presenta entre un 65-85% de los pacientes y llega a presentar hasta una parálisis completa de la voluntad, en contraste a la catatonia de la esquizofrenia.

El anciano tiende a ser más introspectivo y por lo tanto lo lleva a una actitud antisocial y poco participativa.

4.FÍSICAS: Manifiesta anorexia, astenia, trastornos del sueño o insomnio inicial o terminal, pérdida de la libido, estreñimiento, dolor.

Hay síntomas hipocondríacos que se encuentran en el 65% de los depresivos varones y un 62% en la mujer. El paciente senil se interesa más por su salud del aparato digestivo, por lo que es el núcleo más frecuente de sus síntomas, de ahí el estreñimiento y la negativa a comer. Seguido de las cefaleas, molestias urinarias, caída del cabello, siendo paradójico el que no manifieste preocupaciones cardiovasculares, también presenta alteraciones del sueño.(6)

Los signos de la depresión se hacen manifiestos por un aspecto postural y móvil, facie triste, falta de cooperación por parte del paciente, retraimiento social, hostilidad, suspicacia, confusión de conciencia, variaciones del humor, babeo, desaliñado, autolesiones cutáneas, llanto o gemido, pérdida de peso.

Se manifiesta retardo psicomotriz, con movimientos lentos, marcha lenta y torpe, falta de mímica facial, mutismo en casos graves, estupor y semicomato, negándose a masticar y a deglutir y en ocasiones brotes de agresividad.

Existen varias técnicas y sistemas para evaluación del paciente, por los que en cada uno de ellos hay predominio de alguno o de algunos síntomas y signos; por lo que no se puede basar en uno sólo para detectar el trastorno psiquiátrico completo, ya que será el conjunto de datos obtenidos para que sirva de guía para la evaluación y el diagnóstico.(20)

Son cuadros de distrés inespecíficos tanto para la depresión como para los distintos cuadros de neurosis y psicosis.

El cuadro de desmoralización y desesperanza es característico de todas las personas con psicoterapia u otro tipo de ayuda, dependiendo de la categoría diagnóstica en que se incluyan.

La desmoralización se produce cuando el individuo siente que no es capaz de hacer frente a las demandas impuestas por el medio ambiente y no puede desembarazarse de esa situación, como son los defectos físicos, enfermedades crónicas y los síntomas psiquiátricos invalidantes; timidez, pena, inhibición, introverso, miedo, temor, angustia y ansiedad.(16)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA EDAD AVANZADA

HUMOR:

- Deprimido, irritabilidad, ansiedad
(Cambios de humor, se queja de dolor u otro problema somático).
- Llanto (el paciente se queja de discapacidad y experimenta otras emociones).

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS:

- Falta de confianza en sí mismo, baja autoestima, autoreproche.
- Falta de concentración y problemas con la memoria.
- Pérdida de interés en sus actividades, antisocial.
- Sensación de desesperación, desamparo, impotencia, aumenta su dependencia.
- Pensamientos de muerte.
- Pensamientos suicidas (raro, pero es serio cuando se presenta).

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS:

- Retardo psicomotor, fatiga.
- Agitación.
- Anorexia y pérdida de peso.
- Insomnio.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS:

- Falta de valor y sensación de culpabilidad.
- Pensamientos de enfermedad (hipocondriasis).
- Sensación de pobreza.
- Alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias (rara).(26)

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de depresión debe articularse con una historia completa y un examen físico.(2)

Los diagnósticos clínicos se basan en los distintos criterios médicos establecidos, pero cada modelo se complica más debido a lo variado de los signos y síntomas así como lo plural de los efectos psiquiátricos que afectan o que influyen en la depresión y en la formación del individuo, así como conjuntamente del hecho de que coexisten otras enfermedades adyacentes.(13)

Una revisión de los síntomas presentes contra el estilo de vida del paciente y la historia psiquiátrica y médica previa usualmente permite un diagnóstico adecuado. La Escala Yesavage Geriatric Depression es instrumento útil de valoración, "no debería reemplazar una evaluación completa e interacción entre el paciente y la familia.(29)

El paciente que acude por su propia voluntad o por medio de un familiar debe evaluarse durante la entrevista basándose en 3 pasos:(14)

1. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN.
2. ANALIZACIÓN DE LOS SÍGNOS Y SÍNTOMAS.
3. PRUEBAS DE LABORATORIO.

1. TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN: La comunicación es un aspecto importante, entre la relación médico paciente, si se da ésta de manera ordenada, favorece a un comportamiento adaptativo, si se da de manera desordenada puede ocasionar una mala adaptación, un mal entendimiento y una inadecuada comunicación.

Las técnicas para una buena comunicación, se basa en saludar y conocer al paciente por su apellido más que por su nombre, ubicarse cerca de él, sentarse en un ángulo de 45 grados entre sí, no levantarse, ni caminar durante la entrevista, hablar con claridad y con frases sencillas, las preguntas deben ser directas sobre síntomas, físicos o psicológicos, como son el déficit auditivo, pérdida de la memoria, pérdida de peso, antecedentes de pérdidas familiares, duelo.(14)(19)

El ritmo de la entrevista, debe de ser basado en darle tiempo al paciente para que responda a la pregunta del médico, el ritmo debe de ser lento y relajado, prestar atención a la comunicación no verbal, como son la mímica, gestos postura, ademanes, proporcionándole contacto físico en hombros y mano.(7)(19)

La historia clínica durante la entrevista, puede ser combinada con él y sus familiares, ayuda a tener una información más completa sobre los síntomas y signos del paciente, ya que el paciente deprimido pierde el sentido del tiempo.

Los antecedentes de uso de Beta bloqueadores, hipnóticos, hipotensores, abuso de alcohol, uso de drogas, antecedentes de enfermedades físicas, antecedentes de malas relaciones laborales, familiares, sociales, interpersonales, antecedentes de familiares con síntomas depresivos.(17)

2. ANALIZACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS: La ansiedad es muy frecuente que se agudiza cuando se cambia de médico o de hospital y que se manifiesta por tensión y agitación, por lo que el paciente tiende a retraerse y presenta timidez, miedo o falta de cooperación.(14)(24)

Problemas sensoriales como son pérdida de la audición que produce una mala comprensión de las palabras, se presenta en el 30% de los casos y la pérdida de capacidad para leer se presenta en el 20% de los casos.(4)

ACTITUD PRECAVIDA: El paciente comete errores de omisión más que de hechos y omite aspectos importantes de sus antecedentes más que de mala fe por olvido, por lo que requiere tiempo para responder a las preguntas.

TRANSFERENCIA: El anciano puede considerar al médico como un padre, por lo que produce una fuerte dependencia, pero también puede tratarlo como si fuera su hijo e interrogarlo, transferencia que también puede manifestarse idealizando al médico que lo está tratando, o puede ser de manera negativa manifestando que le quiera hacer daño.(23)

Contenido de los temas: Los temas pueden ser recurrentes sobre preocupaciones somáticas, quejándose de molestias y estados funcionales orgánicos. Así como la renuencia a la referencia de pérdida de amigos, seres amados, pérdida de su salud, del empleo o de cierta actividad, el anciano tiende a evocar recuerdos y añoranzas, manifiesta miedo a la pérdida de autocontrol, temor a la pérdida física, de la salud, pérdida de la capacidad mental, pérdida para regular y controlar sus emociones y pensamientos; miedo a volverse loco; el tema de la muerte es frecuente en la conversación, así como el temor de ser abandonado, hay temor a la vejez (gerontofobia). Se queja de la falta de comprensión, por lo que el médico debe separar el mito de la realidad y distinguir como esa falsa realidad que el anciano manifiesta en forma gruñona, insegura y deprimida.(30)

Manifestaciones de tendencia al suicidio, ya sea de manera directa envenenándose, ahorcándose o cualquier otro, o de manera indirecta autodestruyéndose por medio del martirio, alcoholismo, comportamiento antisocial, automutilación, amagos de suicidio, antecedentes de enfermedades cerebrales orgánicas como confusión, desorientación, desubicación.

Aislamiento, soledad que es frecuente en el anciano en el 90% de los casos, que conjuntado con el alcoholismo y con la hipocondría aumenta la depresión y con ellos se manifiesta un sentimiento de carga como para los familiares como amigos, lo que aumenta las tendencias

suicidas. El 75% de los suicidas recurren a un médico antes de decidir el momento del suicidio; se ha visto el número de mortandad por suicidio, se da durante el primer año de duelo predominando en el anciano joven, no así en el anciano mayor en que la muerte es un hecho esperado, si el ser sobrevive al año de duelo, será más fácil que se adapte a su nueva situación social.(17)

Durante éste año difícil de la depresión, las enfermedades, los cambios dietéticos, la higiene personal, el cambio de estilo de vida, puede ser factor desencadenante, cuadro que no se da en ausencia de enfermedad física, en una actitud extrovertida en un período laboral o en actividad plena.

Superado éste año de duelo, el paciente puede evolucionar a la recuperación o en la mayor parte de las veces hacia cuadros maníaco depresivos.(10)

A la exploración física se registra el estado afectivo y de humor que el paciente muestre durante la entrevista, así como su tono agradable o desagradable, o se puede percibir un humor deprimido. Hay lentitud motora, ideas latentes compulsivas de aseo, ajuste de ropa, resistimiento a mover extremidades y a evaluar el contenido del pensamiento, se manifiestan incoherencias y flujo de ideas, pudiendo manifestar el anciano deprimido verbalizaciones de una u otra idea, lentitud de pensamiento y de queja de tener mala memoria, así como la idea de que han dejado de ser útiles para los demás y en especial para los familiares.(27)

Durante la exploración psicológica del anciano con depresión se observan trastornos de amnesia y de inteligencia, basadas en las pruebas de:

- a) REGISTRO: que es la capacidad de registrar una experiencia.
- b) RETENCIÓN: que es la permanencia de la experiencia registrada.
- c) RECUERDO: Que es la capacidad de recordar y expresar dicha experiencia.

Durante éste examen el paciente registra pero no retiene, el interrogatorio se basa en preguntas sobre orientación, espacio y situación.

La orientación se apoya en el horario, en reloj, noticias, basada en acontecimientos actuales, preguntándose la fecha, lugar, ubicación.

El espacio se basa en su edad, acontecimientos importantes.

La función del recuerdo se pone a prueba a acontecimientos recientes en preguntas sobre los hechos en las últimas 24 horas, como alimentos, vestimenta, hechos.

La memoria de hechos remotos se basa en preguntas sobre hechos pasados, como fechas importantes (de su nacimiento, boda, etc.)

En ocasiones el deprimido puede presentar amnesia, que puede ser de tipo orgánico o sufrimiento psíquico.(22)

3. PRUEBAS DE LABORATORIO: ✓

Sirven de auxiliar en la evaluación de los pacientes deprimidos. Aunque no es un diagnóstico, la prueba de supresión dexametasona, puede ayudar a identificar el subtipo depresivo específico. Un resultado de prueba positivo (ej. un nivel de cortisol post-dexametasona de $>5\text{Mg/dl}$) es sugestivo de depresión endógena o melancólica. La

polisomnografía, cuando está disponible puede ayudar a identificar también la melancolía.(14)

El tiempo de sueño disminuido con estado latente de movimiento rápido de los ojos acortados, suministra un apoyo al diagnóstico.

Un nivel ligeramente bajo de tiroxina(T4) y una hormona tiroidea-estimulante elevada (TSH)es común durante un episodio depresivo.(28)

RADIOGRAFÍA DE CRANEO: Sirve para revelar la presencia y localización de masas que pudieran existir dentro del craneo, descalcificación o destrucción de la estructura ósea, pudiendo detectarse tumores que causen alteraciones de la conducta y depresión.

TAC: Evalúa las estructuras internas del cerebro, el tamaño de los ventrículos, tumores, infartos vasculares, hematomas.

ELECTROENCEFALOGRAMA: Es útil en cuanto que señala el envejecimiento que se manifiesta por enlentecimiento progresivo de la frecuencia alfa dominante con aparición de ondas lentas Omega y Delta.(18)

La dificultad con el anciano para éstos estudios en el caso de la TAC es que el anciano debe de estar inmóvil durante 20 minutos, lo que dificulta el estudio.(25)

El estudio de metanefrina y noradrenalina cuyo aumento de excreción urinaria, señala que el paciente presenta depresión unipolar, que responden al tratamiento de antidepresivos Imipramina y la amitriptilina (descubiertos a finales de los años 50's).(21)

El diagnóstico clínico va enfocado, primero a distinguir entre depresión y fluctuaciones normales del humor, así como una depresión circunstancial causada por enfermedad, por lo tanto se debe clasificar el trastorno depresivo, distímico, depresión mayor, enfermedad bipolar, infelicidad. (15)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE
GERIATRIC DEPRESSION SCALE YESAVAGE

Escoja la respuesta más exacta que indique como se sintió durante la semana

N 1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	SI/NO
S 2. ¿Ha abandonado Ud. muchos de sus intereses y actividades?	SI/NO
S 3. ¿Siente Ud. que su vida está vacía?	SI/NO
S 4. ¿Se aburre Ud. con frecuencia?	SI/NO
N 5. ¿Tiene Ud. esperanzas en el futuro?	SI/NO
S 6. ¿Está Ud. molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI/NO
N 7. ¿Está Ud. de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI/NO
S 8. ¿Tiene Ud. miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI/NO
N 9. ¿Se siente Ud. contento la mayor parte del tiempo?	SI/NO
S10. ¿Se siente Ud. frecuentemente desamparado?	SI/NO
S11. ¿Se siente Ud. intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI/NO
S12. ¿Prefiere Ud. quedarse en su casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI/NO
S13. ¿Se preocupa Ud. frecuentemente por el futuro?	SI/NO
S14. ¿Cree Ud. que tiene mas problemas con su memoria que los demás?	SI/NO
N15. ¿Piensa Ud. que es maravilloso estar vivo ahora?	SI/NO
S16. ¿Se siente Ud. desanimado y triste con frecuencia?	SI/NO
S17. ¿Siente Ud. que nadie lo aprecia?	SI/NO
S18. ¿Se preocupa Ud. mucho por el pasado?	SI/NO
N19. ¿Cree Ud. que la vida es muy emocionante?	SI/NO
S20. ¿Le es difícil a Ud. comenzar con nuevos proyectos?	SI/NO
N21. ¿Se siente Ud. lleno de energía?	SI/NO
S22. ¿Siente Ud. que su situación es desesperante?	SI/NO
S23. ¿Cree Ud. que los demás están en mejores condiciones que Ud.?	SI/NO
S24. ¿Se molesta Ud. con frecuencia por cosas sin importancia?	SI/NO
S25. ¿Tiene Ud. ganas de llorar con frecuencia?	SI/NO
S26. ¿Tiene Ud. problemas para concentrarse?	SI/NO
N27. ¿Disfruta Ud. el levantarse por las mañanas?	SI/NO
S28. ¿Prefiere Ud. las evitar reuniones sociales?	SI/NO
N29. ¿Es fácil para Ud. el tomar decisiones?	SI/NO
N30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	SI/NO

CALIFICACIÓN:

Cuenta un punto por cada respuesta depresiva 0-10 = normal; 11-20 = depresión leve;
21-30 = depresión moderada a severa.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA

Dicha escala de Depresión ha sido validada en pacientes no demenciados por Yesavage y Brink desde 1983.

Escala que ha sido utilizada a nivel mundial con la finalidad de detectar algún grado de depresión en la población senil.

Dicha escala consta de 30 preguntas, de las cuales se han considerado con respuestas sugestivas de depresión a las preguntas: 1,2,3,4,7-10,12,14,15,17,21-23.

Un marcador o resultado entre 15 y 22 sugiere depresión moderada, un marcador arriba de 22, sugiere depresión severa.

La ventaja que tiene dicha escala es que están planteadas de una manera muy sencilla, accesible y sin preámbulos en la pregunta y respuesta.

Desventajas únicamente la relacionada con pacientes con afectación de la agudeza visual y no se logra comunicación directa.

Es una escala que se aplica frecuentemente en los servicios geriátricos, de diversos hospitales de E.U., Francia, Inglaterra, España y México D.F., como el Hospital Adolfo López Mateos del ISSSTE, Instituto Nacional de la Nutrición, o el Hospital Español de México.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial de la depresión mayor incluye las muchas enfermedades médicas y psiquiátricas que pueden presentarse como depresión en la edad avanzada.(5)

La depresión se debe diferenciar de otros cuadros que presentan también alteraciones del ánimo ej. Un desorden idiopático primario del sueño, mientras se disfrazan las dificultades del sueño encontradas en la depresión, pueden resultar en un efecto depresivo reactivo (secundario) debido a la privación del sueño.(16)

La cantidad y la calidad del sueño varía a lo largo de la vida, por lo que el anciano tiende a dormir menos que el joven. Es así como el anciano requiere de 6 a 7 horas de sueño; en el caso de trastornos del sueño, el paciente se queja de dificultad para conciliar el sueño, así como de sueño inquieto y acompañado de numerosos desvelos, por lo que el médico debe diferenciar entre el insomnio idiopático y el causado por la depresión.(12)

Durante las etapas tempranas de la "demencia" multi-infarto primaria degenerativa, puede predominar u efecto depresivo.

"La depresión mayor y demencia, frecuentemente coexisten con el curso usual abarcando la remisión de los síntomas depresivos, pero persiste o empeora el déficit cognoscitivo.

Los pacientes con depresión mayor también pueden presentar muchos síntomas de deterioro cognoscitivo (pseudodemencia o demencia reversible).

La pseudodemencia puede diferir de la verdadera demencia en la rapidez del inicio o la exageración. Aún así la terapia es la única prueba real de que si los problemas de la memoria resultan solamente de la depresión.(2)

Alguna evidencia sugiere que la demencia actual es más probable que siga al episodio depresivo en los pacientes ancianos, quienes tienen una depresión mayor con deterioro cognoscitivo, que en aquellos con depresión mayor sin deterioro cognoscitivo.

Síntomas hipocondriales; Frecuentemente están asociados con un efecto depresivo. El inicio gradual del síndrome junto con la falta de angustia aparente del paciente, ayuda a confirmar el diagnóstico de hipocondriasis. Los pacientes con "ciertas enfermedades físicas"(ej. hipotiroidismo y malignidad oculta, especialmente carcinoma pancreático) frecuentemente se presentan con síntomas depresivos. También se encuentra con frecuencia depresión secundaria a la hipertensión o tratamiento farmacológico.(8)

TRATAMIENTO:

El tratamiento de las depresiones melancólicas mayores, es primeramente "farmacológico".

El escoger una droga depende primeramente de cuál produce efectos secundarios menos severos. Otros adultos tienen dificultad en tolerar los efectos anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos o la hipotensión postural que es probable que induzcan.(1)

La nortriptilina tiene relativamente pocos efectos secundarios cardiovasculares y anticolinérgicos, y se ha usado para la depresión en ancianos.

La desipramina y doxepina también son ampliamente usados.

Los inhibidores monoamina oxidasa se usan con menos frecuencia por que son menos efectivos que otras drogas y porque su uso puede precipitar efectos secundarios importantes, especialmente la agitación.(6)

Las dosis iniciales usuales en personas ancianas sanas son 1/3 a 1/2 de la dosis usual en adultos. Éste programa de dosificación se usa para valorar la tolerancia del paciente. La dosis se divide usualmente para promover la tolerancia de los efectos secundarios.

Sí es posible, la dosis entera debería darse al tiempo de dormir para evitar la somnolencia en el día. Las dosis deberían aumentarse lentamente (semanalmente) y NO cada 3 a 5 días, lo cual es el caso para adultos jóvenes. Por ejemplo la dosis inicial diaria para amitriptilina es 30 a 40mg/día; para nortriptilina 10mg. a la hora de dormir y luego aumentar 10mg/semana

hasta un máximo de 60mg.; para desipramina 10mg. cada mañana, medio-día y hora de dormir y aumentar 10mgr/semana a un máximo de 150 mg.; y para doxepina 30-40mg.

Aunque la dosis puede aumentarse gradualmente, la dosis de mantenimiento usualmente es más baja que la requerida de la edad mediana.

En desórdenes unipolares y bipolares, el carbonato de litio 300-900 mg/día puede prescribirse profilácticamente. Los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina-fluoxetina y sertralina- ahora se prescriben ampliamente para la depresión mayor. Aunque no son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos, tienen significativamente menos efectos secundarios. La dosis podría bajarse en los adultos mayores a 10mg/día para fluoxetina y 50mg cada tercer día para sertralina.

La agitación, un efecto secundario común en éstas drogas puede ser especialmente problemático para pacientes ancianos deprimidos.(11)

Los auxiliares pueden aumentar la respuesta a los antidepresivos, por ejemplo: el litio en dosis baja puede aumentarla; y la carbamazepina puede reducir la tendencia al ciclo dentro y fuera de los episodios depresivos.(27)

Algunos pacientes severamente deprimidos responden solamente a la terapia electroconvulsiva (ECT). Típicamente están incluidos los pacientes que previamente han respondido a ECT, quienes demuestran síntomas psicóticos importantes, con conducta auto-destructiva o quienes no toleran o responden a antidepresivos. Para personas con depresiones más severas, en las que la ingestión de alimentos y bebidas es marcadamente reducida, ECT es el tratamiento a elegir después de que se ha emprendido la rehidratación.

ECT es más seguro cuando se efectúa con monitoreo de canal múltiple (EEG, ECG, presión sanguínea, pulso y función respiratoria) bajo la supervisión de un anestesiólogo y un psiquiatra.

La mejoría con ECT en personas ancianas que no responden a drogas antidepresivas, alcanza el 80% en la mayoría de los estudios, que es igual en pacientes más jóvenes.

La amnesia aguda que acompaña ECT es más molesto en el paciente anciano que ya está preocupado con el funcionamiento cognoscitivo y somático. Aunque alguna pérdida de memoria puede persistir después de ETC., la naturaleza y grado de éste problema permanecen por aclararse. (18)

Ejemplos de antidepresivos como:

-Adepsique: 1 a 4 tabletas al día por vía oral, dando preferencia la dosis mayor por la noche, tabletas de 10mg. de amitriptilina y 3 mg. de Diazepam y 2mg. perfenecina.

-Anafranil retard: Tabletado y ampollas de 25 mg., se administra por VO, IM. o por venoclisis, y el modo de empleo se determinan individualmente y se adaptan al cuadro clínico del paciente. Por VO una tableta 2 o 3 veces al día, en casos severos se administra IM. o por venoclisis.

-Melleril: Grageas y suspensión, se sugiere principalmente cuando hay agitación senil y estados confusionales aunados a la depresión e insomnio, la dosis varía entre 100 a 600 mg. en pacientes hospitalizados y menos de 300 mg. en pacientes ambulatorios.

-Motival: Grageas de Nortriptilina de 10 mg. que se administra una tableta 3 veces al día.

-Prozac: Cápsulas de Fluoxetina, se administra en los pacientes en dosis matutinas de 20 mg. por día de preferencia en la mañana o pudiéndose aumentar la dosis hasta 80 mg. por día.

-Tofranil: Grageas de 10 y 25 mg., se inicia con 25 mg. 3 veces al día y se podrá ir graduando hasta alcanzar 200 mgr. por día.

-Tofranil: Grageas de 10 y 25 mg., se inicia con 25 mg. 3 veces al día y se podrá ir graduando hasta alcanzar 200 mgr. por día.

-Tryptanol: Tabletas de 25 mg. de amitriptilina que puede variar de 75 mg. diarios de Tryptanol, distribuidos en varias dosis, se administra preferentemente en la tarde o en la noche, con 50 a 100 mg. en la noche.

Psicoterapia: Los estudios empíricos sugieren que la psicoterapia es más eficaz para la depresión melancólica, aunque puede ser benéfica aún para la depresión severa. Las terapias de conducta y cognoscitivas se consideran más efectivas que las terapias no dirigidas o analíticamente orientadas. Estas terapias pueden ayudar a reintegrar al paciente a su ambiente social después de una depresión severa y pueden ayudar a evitar la recaída.

La psicoterapia se usa frecuentemente con la farmacoterapia y ECT. La eficacia inicial puede ser tan grande en pacientes internos como externos. Finalmente la psicoterapia puede ser valiosa para evitar recaídas de depresión episódica.(24)

TRATAMIENTO EN PACIENTES MENTALMENTE ENFERMOS, HOSPITALIZADOS

Algunas personas responden a enfermedades físicas aguda o crónica desarrollando problemas psiquiátricos, como "desorden mayor del estado de ánimo" o "un desorden de ajuste con la depresión". El apoyo y psicoterapia son frecuentemente útiles(ej: intervención formal con el paciente y su familia discutiendo la enfermedad). Pequeñas dosis de antidepresivos tricíclicos pueden ser útiles como auxiliares, especialmente para problemas del sueño, pero los efectos secundarios hacen su uso peligroso a largo plazo.

La farmacoterapia para personas médicamente enfermas que tienen una depresión mayor, requieren de una atención especial. Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de captación de serotonina (aunque éstos últimos son de menor interés) pueden causar efectos cardiacos secundarios en pacientes con enfermedad cardiaca o presión sanguínea inestable (ej: tendencia a hipotensión ortostática). Ambas clases de drogas son razonablemente seguras cuando se usan apropiadamente en personas sin seria enfermedad cardiaca.

La incapacidad de responder a esfuerzos de rehabilitación y el temor del paciente y su familia de invalidez crónica se vuelven proporcionalmente mayores con una larga hospitalización.

Los pacientes con depresión, se ven con frecuencia a sí mismos desesperanzados, su sensación de desamparo se disemina al personal médico, el cual puede prestarle menos atención. Puede ayudar el modificar el ambiente del paciente, pero la depresión misma necesita también ser tratada, usualmente con farmacoterapia.

Si ECT se da en forma apropiada bajo condiciones óptimas puede ser la forma más rápida y más eficaz de tratamiento antidepresivo.(29)

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

-Transversal: El estudio se realizó en un periodo del mes de mayo al mes de octubre de 1998.

-Observacional: Se observaron a 65 ancianos asilados con el fin de detectar algún grado de depresión.

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar causas de la depresión en la población senil asilada de la Fundación Gabriel Pastor.**
- Evaluación del estado depresivo en la población asilada.**

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó evaluación del estado depresivo, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la cual consta de 30 preguntas, evaluando los grados de depresión leve, moderada y severa.

La población estudiada fue:

Masculinos: 20

Femeninos: 45

Total: 65 ancianos.

Las edades comprendidas fueron de los 64 años a los 99 años, con un promedio de:80

Grupos de edades:	Grupo de edad masculino:	Grupo de edad femenino:
64-69 años: 3	64-69 años: 1	64-69 años: 2
70-79 años: 22	70-79 años: 7	70-79 años: 15
80-89 años: 27	80-89 años: 8	80-89 años: 19
90-99 años: 6	90-99 años: 2	90-99 años: 4
Ignoran edad: 7	Ignoran edad: 2	Ignoran edad: 5

Se escogieron a 65 ancianos asilados de la Fundación Gabriel Pastor con la finalidad de detectar síndromes depresivos, tomando en consideración los criterios de inclusión y de exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Asilados con edades comprendidas entre los 64 a 99 años.
- Ancianos que no tenían tratamiento médico antidepressivo.
- Ancianos que no cursaban con algún síndrome demencial.
- Ancianos participativos en la realización de encuestas y protocolo de investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Asilados con tratamiento médico antidepressivo.
- Asilados con síndromes demenciales.
- Asilados no participativos en la realización de encuestas y protocolo de investigación.

MATERIAL:

- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

Ésta escala se aplicó durante las mañanas en el consultorio de la Fundación Gabriel Pastor, cuenta con luz adecuada, espacio amplio, ambiente muy tranquilo y relajante, a cada paciente se le invitaba tomar asiento en un sillón adecuado para su comodidad que permitía cuestionar al anciano de forma directa. El horario en el cual se realizaban las preguntas fue entre 9:00 am. a 1:00 pm.

Se aplicó en forma individual y con una duración en promedio de 15 a 30 minutos en cada paciente, se inició con los ancianos del pabellón uno y se concluyó con los del pabellón 4, se efectuó aproximadamente en 3 semanas.

Ésta escala se aplicó por el Médico pasante de Medicina Ana Lilia Martínez Barroso, con la finalidad de obtener los resultados de algún grado de depresión en la población senil de los pacientes asilados de la Fundación Gabriel Pastor.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE
GERIATRIC DEPRESSION SCALE YESAVAGE

Escoja la respuesta más exacta que indique como se sintió durante la semana

N 1. ¿Está Ud. satisfecho con su vida?	SI/NO
S 2. ¿Ha abandonado Ud. muchos de sus intereses y actividades?	SI/NO
S 3. ¿Siente Ud. que su vida está vacía?	SI/NO
S 4. ¿Se aburre Ud. con frecuencia?	SI/NO
N 5. ¿Tiene Ud. esperanzas en el futuro?	SI/NO
S 6. ¿Está Ud. molesto por pensamientos que no puede alejar de su mente?	SI/NO
N 7. ¿Está Ud. de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI/NO
S 8. ¿Tiene Ud. miedo de que algo malo le vaya a suceder?	SI/NO
N 9. ¿Se siente Ud. contento la mayor parte del tiempo?	SI/NO
S10. ¿Se siente Ud. frecuentemente desamparado?	SI/NO
S11. ¿Se siente Ud. intranquilo y nervioso con frecuencia?	SI/NO
S12. ¿Prefiere Ud. quedarse en su casa antes que salir y hacer cosas nuevas?	SI/NO
S13. ¿Se preocupa Ud. frecuentemente por el futuro?	SI/NO
S14. ¿Cree Ud. que tiene mas problemas con su memoria que los demás?	SI/NO
N15. ¿Piensa Ud. que es maravilloso estar vivo ahora?	SI/NO
S16. ¿Se siente Ud. desanimado y triste con frecuencia?	SI/NO
S17. ¿Siente Ud. que nadie lo aprecia?	SI/NO
S18. ¿Se preocupa Ud. mucho por el pasado?	SI/NO
N19. ¿Cree Ud. que la vida es muy emocionante?	SI/NO
S20. ¿Le es difícil a Ud. comenzar con nuevos proyectos?	SI/NO
N21. ¿Se siente Ud. lleno de energía?	SI/NO
S22. ¿Siente Ud. que su situación es desesperante?	SI/NO
S23. ¿Cree Ud. que los demás están en mejores condiciones que Ud.?	SI/NO
S24. ¿Se molesta Ud. con frecuencia por cosas sin importancia?	SI/NO
S25. ¿Tiene Ud. ganas de llorar con frecuencia?	SI/NO
S26. ¿Tiene Ud. problemas para concentrarse?	SI/NO
N27. ¿Disfruta Ud. el levantarse por las mañanas?	SI/NO
S28. ¿Prefiere Ud. las evitar reuniones sociales?	SI/NO
N29. ¿Es fácil para Ud. el tomar decisiones?	SI/NO
N30. ¿Está su mente tan clara como solía estar antes?	SI/NO

CALIFICACIÓN:

Cuenta un punto por cada respuesta depresiva 0-10 = normal; 11-20 = depresión leve;
21-30 = depresión moderada a severa.

RESULTADOS:

De los 65 adultos mayores estudiados, 26 no se encontraron con algún grado de depresión.

34 ancianos reportaron depresión leve en base a la Escala de Yesavage.

5 ancianos reportaron depresión moderada.

No se reportaron ancianos que tuvieran depresión severa.

Total de adultos mayores deprimidos: 39

Causas de depresión:

-Abandono familiar 82%

-Enfermedades múltiples (hipertensión 71%, DM. 74%, cardiopatías 7%, insuficiencia respiratoria 5%).

-Amaurosis bilateral 10%

-Incapacidad para la marcha 89%

-Viudez 76%

-Aspectos económicos 79%

-Pérdida de su funcionalidad física 85%

Dentro del universo estudiado de adultos mayores en donde se detecta algún grado de depresión en los 39 pacientes, se asociaron a la utilización de otros medicamentos que no contraíndican la utilización de un tratamiento antidepressivo. A saber, antibióticos, antihipertensivos, antiinflamatorios y ansiolíticos. (24)(29).

DISCUSIÓN:

La importancia de la depresión en la patología humana no ha sido aún reconocida.

El término genérico, se aplica a ciertos desórdenes de la afectividad que se presentan aislados, o bien, acompañan a otros estados patológicos; el núcleo de la depresión lo constituye el abatimiento, el humor, la aflicción, pesimismo, desesperación, pérdida del interés, angustia.

Los factores genéticos y biológicos, proporcionan un substrato para la aparición de síntomas depresivos en la última parte de la vida, pero no son necesarios ni suficientes para su desarrollo.

La depresión senil una vez que ha emergido, generalmente se convierte en una estructura de la personalidad del individuo y con frecuencia persiste en cierto grado tras la remisión de los síntomas depresivos per se.

Por otra parte las inhabilitaciones sociales y psicológicas provocadas por la depresión senil fluctúan notablemente, pudiendo ser nulas, mínimas o muy graves.

Así también las situaciones y procesos socioculturales concurrentes pueden producir un alto nivel de incapacidad y a la inversa, pueden reducir de forma significativa el grado de incapacidad secundaria a la depresión senil.

Situaciones que se presentan en la tercera edad, de una u otra manera, puede simular tristeza, la cual no puede ser confundida con la depresión, puesto que la tristeza es una emoción, o bien que el pesimismo sea confundido con la depresión y sea más que un rasgo de carácter.

Es imprescindible, que nosotros como personal de salud, nos introduzcamos más en el mundo de la Geriatria, con la finalidad de mejorar los problemas básicos de salud de los adultos mayores y más aún cuando se trata de patología depresiva.

En los Estados Unidos de Norteamérica, ocupa un lugar importante dentro de las principales patologías de la vejez. En nuestro estudio, encontramos que sí es frecuente la depresión en adultos mayores asilados, más aún, cuando han perdido su autoestima, no son escuchados, no son tomados en cuenta en cuanto a sus necesidades propias.

Es importante mencionar que a través de la Escala de la Depresión Geriátrica, nosotros nos acercamos más al entorno de los adultos asilados y de ésta manera, se plantea la necesidad ya de buscar caminos satisfactorios de tratamiento, para resolver cada uno de sus problemas de la vida diaria. Ya comentado en estudio realizado en Imperial College Memory Clinic, Hammersmith Hospital London, England. de 1998.

Es así pues, un estudio observacional, con la finalidad de mejorar por un lado, aquellos estados depresivos, severos y sobre todo con la finalidad de alcanzar los objetivos trazados, en nuestro estudio en un futuro muy próximo, mejorar su calidad de vida en los asilos.

En éste estudio se observa que el 82% de los 39 ancianos deprimidos se debe al abandono familiar, ya sea porque para sus familiares se ha vuelto un estorbo o por el simple hecho de que por sus actividades les es imposible cuidar de ellos, en un inicio eran visitados en forma esporádica hasta que poco a poco han sido completamente olvidados, eso ocasiona que el paciente asilado presente crisis depresivas, y lo demuestran con humor irritable, llanto inesperado, ansiedad, insomnio, etc., dentro de éstos mismos pacientes se ha observado también que el 71% padecen de hipertensión, 74% diabetes mellitus, 7% presentan cardiopatías, el 5% insuficiencia respiratoria, 10% amaurosis bilateral, 89% incapacidad para la marcha, 76% viudez, 79% aspectos económicos, 85% pérdida de su funcionalidad física, todo esto hace que el paciente se deprima pues se siente inútil y enfermo, pensando que ya no tiene mucho que realizar en el futuro y sin un motivo por el cual vivir y nadie con quien compartir, esto ocasiona que el paciente asilado no ponga interés en sus actividades mostrándose renuente e irritable.

Para proporcionar interés de cada paciente se han realizado varias perspectivas con el fin de que cada paciente realice actividades de su propio interés, y algunas son: Adecuar los horarios para sus actividades, libertad de expresión, implementar terapia física, capacitar al personal del asilo, asistencia psicológica, apoyo geriátrico, asistencia espiritual, y organizar actividades del gusto del anciano asilado, todo esto para elevar su autoestima y proporcionar más atención a cada paciente y hacerlos sentir que son importantes. También es importante que se oriente a los familiares con el fin de lograr una mejor comunicación y hacer que el anciano siga sintiéndose parte importante de su familia.

Es importante predecir con exactitud su evolución, ya que esto permite hacer planes junto con los familiares del paciente para adaptarse a la situación.

La evolución de los pacientes en el menor de los casos evoluciona con la recuperación, pero la mayoría de los casos y principalmente casos crónicos evoluciona hacia demencia, esquizofrenia, delirio o neurosis, sobre todo si son ancianos deprimidos, dependientes, compulsivos con relativa intolerancia a la frustración.

En los últimos años la importancia de la depresión la consideran no sólo como un problema mental, sino como el padecimiento que más acarrea a la humanidad, altera notoriamente las relaciones interpersonales, tanto en el ámbito familiar como en el laboral y social, lo que origina serios problemas, no sólo a los enfermos sino a toda la familia en general.

CONCLUSIÓN:

En el estudio realizado en la Fundación Gabriel Pastor, concluimos que existe un determinado grado de depresión en su población asilada, relacionada a múltiples causas, como lo demuestran los estudios realizados en la ciudad de México (asilos), o bien lo reportado en asilos españoles y de los Estados Unidos.(25)

Lo que traduce por un lado, que es imprescindible no menospreciar a la población de la tercera edad, en relación a no saber escucharlos y tomar decisiones un tanto arbitrarias por parte de la misma familia, lo que rompe de una u otra manera su autoestima, y por lo tanto caída en periodos de depresión, que podrían ser fatales si no los detectamos a tiempo.

Los índices de suicidio en asilados, es aún baja afortunadamente, pero, si se llega a presentar, es hasta en un 0.3%, como lo reportan estudios de Estados Unidos. Por otro lado, ante lo evidente de estados depresivos y sus causas es prioritario implementar planes de trabajo, que sea recreativo y ocupacional, para mejorar al anciano en sus esferas psicológicas, biológicas y sociales.(30)

Hemos propuesto una serie de actividades en el asilo con la finalidad de llevar a cabo un manejo preventivo y por lo tanto llevar un tratamiento médico y psicológico.

PERSPECTIVA:

- 1. Adecuar los horarios para la terapia recreativa, ocupacional y talleres múltiples (carpintería, plomería, música, etc.).**
- 2. Libertad de expresión de cada uno de los asilados, con la finalidad de que cada uno de ellos realice actividades que los satisfagan.**
- 3. Implementar terapia física y de competencia con la finalidad de lograr el estímulo tanto participativo como de superación y de mejoría en su autoestima.**
- 4. Capacitar al personal cuidador con la finalidad de evitar polifarmacia y efectos secundarios adversos de los medicamentos.**
- 5. Asistencia psicológica, por personal universitario, con la finalidad de mejorar su entorno que le rodea y de él mismo.**
- 6. Búsqueda de apoyo geriátrico especializado e implementar tratamiento acorde al síndrome depresivo acordado.**
- 7. Asistencia espiritual diaria en los asilados deprimidos.**
- 8. Organizar concursos de oratoria, teatro, declamación, canto, para mejorar su autoestima y evitar depresión.**

BIBLIOGRAFÍA:

1. American Geriatrics Society
Enero 1998-VOL.46.No.1,PP:23-30
Yvonne Forsell, Bengt Winblad.
2. American Geriatrics Society
Enero 1998-VOL.46.No.1,PP:32-38
Joseph Flaherty, McBride, Marzouk,
Douglas Miller, Chien, Hanchett,
Leander, Kaiser, Morley.
3. American Geriatrics Society
Enero 1998-VOL.46.No.1,PP:40-48
Johan Ormel, Kempen, Dorly Deeg,
Brilman, Eric Van Sonderen, Relyvel.
4. Leff B, Burton JR. Acute medical
care in the home. J Am Geriatr Soc
1996;44:603-635.
5. Creditor MC. Hazards of hospitalization
of the elderly. An Intern Med
1993;18:219-223.
6. Vladeck BC, Miller NA. The Medicare
home health initiative. Health Care Fin
Rev 1994;16:7-16.
7. Reynolds JL. Reducing the frequency
of episiotomies through a continuous
quality improvement program. Can Med
Assoc J 1995;153:275-282.

8. Keenan JM. Session on medical directors at annual meeting results in training mandate. *Am Acad Home Care Phys Newsletter* 1995;7:9-12.
9. Callahan CM, Kesterson MA, Tierney WM. Association of symptoms of depression with diagnostic test charges among older adults. *Ann Intern Med* 1997;126:426-432.
10. McWilliam CL, Desai KL, Sweetland D. Evolving an empowering approach to continuous quality improvement in home care. *Q Manage Health Care* 1995;3:31-39.
11. Relyveld J. Morbidity and non-response in social epidemiological research. In: Kempen GJM, Ormel J, eds. *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen, The Netherlands: Van Gorcum, 1996, PP:53-61.
12. Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PPA et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997;27:363-370.
13. Ormel J, Lindenberg S, Vonkorff M, Steverink N. Quality of life and social production function theory: A framework for understanding health effects *Soc Sci Med* 1997;45:1051-1063.

14. Beekman ATF. Depression in later life: Studies in the community. Amsterdam, The Netherlands: Free University, 1996. Thesis.
15. Kempen GIJM, Van Heuvelen MJG, Van den Brink RHS et al. Factors affecting contrasting results between self-reported and performance based levels of physical limitations. *Age ageing* 1996;25:458-464.
16. Gallo JJ, Anthony JC, Muthén BO. Age differences in the symptoms of depression: A latent trait analysis. *J Gerontol* 1994;49:251-264.
17. Simon GE, Ormel J, VonKorff M, Barlow M. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995;152:352-357.
18. Jenner JA, van der Meer K, van Os TWDP et al. Psychosocial complaints in the general practice; A course for general practitioners. Assen, The Netherlands: Van Gorcum, 1995.
19. Ormel J, Tiemens BG. Recognition and treatment of mental illness in primary care: Towards a better understanding of a multifaceted problem. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:165-172.

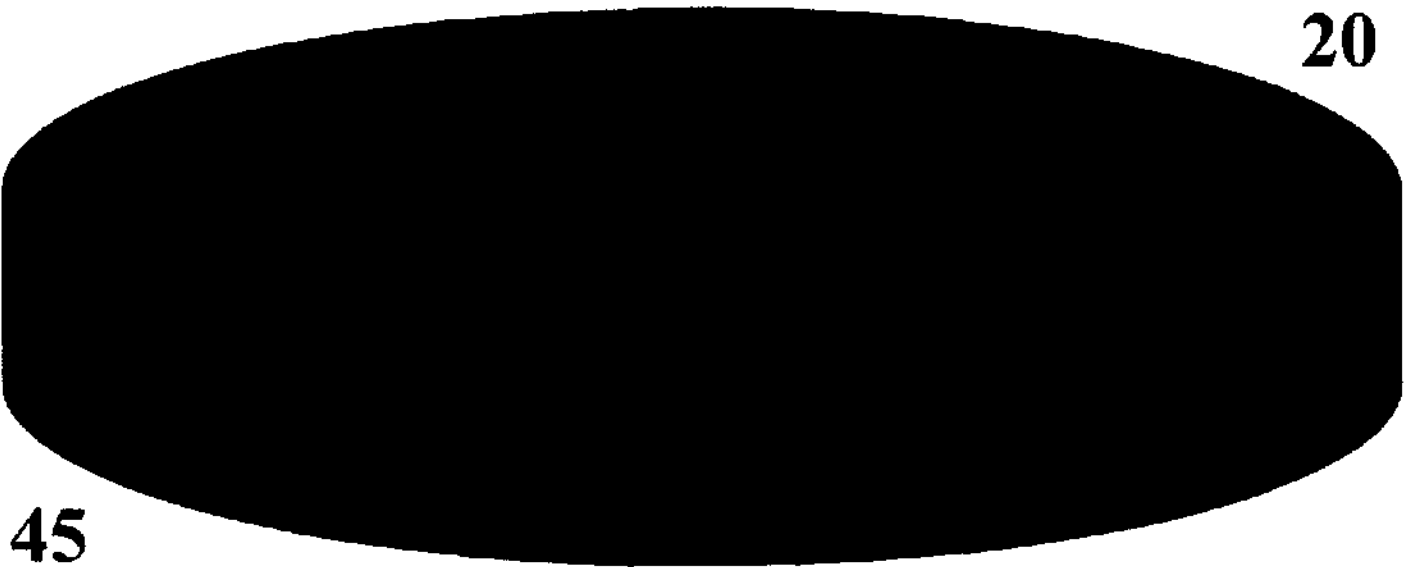
20. Katon W, VonKorff M, Lin E et al. Collaborative Management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA 1995;273:1026-1031.
21. Migliorelli R, Teson A, Sabe L et al. Prevalence and major depression among patients with Alzheimer's disease. Am J Psychiatry 1995;152:37-44.
22. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
23. Coffey CE, Cummings JL. Textbook of Geriatric Neuropsychiatry. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
24. Morley JE. Clinical guidelines: Depression. Nurs Home Med 1994;2:44.
25. Stuck AE, Beers MH, Steiner A. Inappropriate medication use in community-residing older person. Arch Intern Med 1994;154:2195-2200.
26. Miller DK, Coe RM, Morley JE, Romeis JC. Total Quality Management in Geriatric Care. New York: Springer Publishing Company, 1995.

27. Littman AB. Prevention of disability due to cardiovascular diseases. *Heart Dis Stroke* 1993;2:274-277.
28. Weissert WG, Hedrick SC. Lesson from research on effects of community-based long-term care. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:348-353.
29. Yesavage JA, Brink TL et al. Development and validation of a Geriatric Depression Screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 1993;17:37-49.
30. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C. A Multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl Med* 1995;333:1190-1195.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

64-69	1	2
70-79	7	15
80-89	8	19
90-99	2	4
IGNORA SU EDAD	2	5
TOTAL	20	45

DISTRIBUCIÓN DE SEXO



■ GRUPO DE SEXO MASCULINO
■ GRUPO DE SEXO FEMENINO

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

FEMENINO	69.23%
MASCULINO	30.77%

DISTRIBUCIÓN POR SEXO

31%



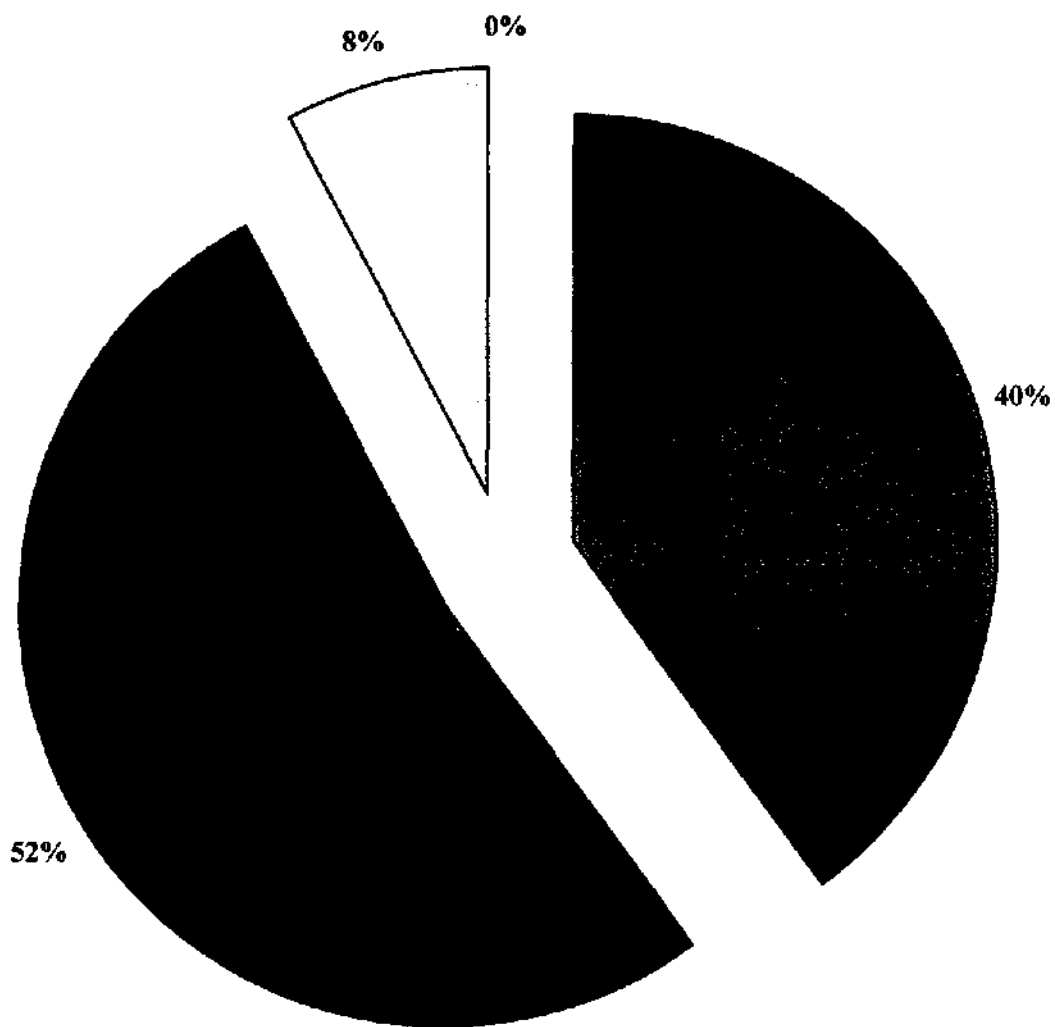
69%

FEMENINO MASCULINO

DEPRESIÓN

	No- Ancianos	Porcentaje
NORMAL	26	40%
LEVE	34	52%
MODERADA	5	8%
SEVERA	0	0%
TOTAL	65	100%

DEPRESIÓN



■ NORMAL

■ LEVE

□ MODERADA

□ SEVERA