

***UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS***

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

***Identificación y Cuantificación de Niveles de Depresión en Adultos
Mayores Consulta Externa del Hospital Roosevelt, Hospital General
San Juan de Dios y Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Antigua
Guatemala
Diciembre 2,003-Enero 2,004***

***MILDRED CRISTINA SANDOVAL VIVAR
ELSA CAROLINA CASTILLO ROMERO
INGRID MABEL GONZALEZ GARCÍA***

MÉDICO Y CIRUJANO

Guatemala, junio 2,004

INDICE

<i>I. RESUMEN</i>	<i>01</i>
<i>II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA</i>	<i>03</i>
<i>III. JUSTIFICACIÓN</i>	<i>05</i>
<i>IV. OBJETIVOS</i>	<i>07</i>
<i>V. MARCO TEORICO</i>	<i>09</i>
<i>VI. METODOLOGÍA</i>	<i>47</i>
<i>VII. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i>	<i>55</i>
<i>VIII. PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS CONSOLIDADO GENERAL</i>	<i>119</i>
<i>IX. CONCLUSIONES</i>	<i>137</i>
<i>X. RECOMENDACIONES</i>	<i>139</i>
<i>XI. BIBLIOGRAFIA</i>	<i>143</i>
<i>XII. ANEXOS</i>	<i>147</i>

I. RESUMEN

La depresión se conoce desde la antigüedad, esta proviene del latín deprimere y significa hundimiento o abatimiento, este es uno de los trastornos psiquiátricos mas prevalentes entre los adultos, la mayor incidencia se observa entre los 45 a 55 años, pero los mayores de 60 años son quienes manifiestan los episodios depresivos en forma mas severa. Es importante su estudio por ser un problema de salud pública ya que su peor consecuencia es el suicidio, el cual se ha visto, va en aumento en los últimos años.

El anciano por ser un sujeto vulnerable sufre en ocasiones violación a sus derechos como persona, siendo sometido algunas veces a maltrato psicológico, lo cual, causa temor o humillación llegando hasta el extremo de sufrir abuso físico. Al llegar a una edad mayor la persona va viendo como los ambientes cambian para ella y como otros le son lejanos.

La mayoría de los episodios depresivos pueden ser secundarios a la presencia de factores causales como son: psicosociales (el ritmo de la metrópoli deja fuera de la corriente a la persona mayor quitándole el rol de la producción, asignándole el vacío, la incertidumbre económica y la soledad por el aislamiento lo que ocasiona en el anciano dejarlo inutilizado y marginado); factores físicos, La aparición de enfermedades físicas frecuentemente precipita episodios depresivos y contribuye a que se conviertan en crónicas; factor económico, a esta edad hay un cese de la actividad laboral que puede suceder de forma inesperada para aquellas personas que no han tenido la precaución de ver venir la senectud, ocasionando o perjudicando la salud mental y física del anciano, produciendo el aparecimiento de algún nivel de depresión.

Los pacientes que asistieron a la consulta externa durante el periodo de estudio, colaboraron contestando la boleta de datos y el Test de Zung. De 376 pacientes encuestados, 140(37%) representaron a la población identificada sin ningún nivel de depresión al momento de la encuesta. 236(63%) pacientes fueron identificados con algún nivel de depresión, de estos, 146(61.8%) fueron detectados con nivel leve de depresión, 76(32.18%) se identificaron con nivel moderado de depresión y 14(5.92%) con nivel severo.

Se recomienda crear programas intra hospitalarios de educación a la población y personal acerca de depresión para dar un tratamiento adecuado y dar salud mental preventiva enseñando a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes de forma constructiva. Prevenir un desenlace fatal como lo es el suicidio mediante la incorporación de preguntas durante la entrevista del paciente dirigidas a detectar depresión y así determinar si el paciente tiene algún factor predisponente a depresión para poder referirlo a la unidad de salud mental. Crear seminarios de actualización a docentes universitarios para que así sean multiplicadores de la información del reconocimiento de las enfermedades mentales.

II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), define adulto mayor como aquellas personas que tienen más de 60 años. (14)

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaba con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2,025 serán 1,100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. (18, 23)

Según estadística mundial, la esperanza de vida en el mundo está comprendida en la mayoría de los países entre 65-75 años. En países en vías de desarrollo la pirámide poblacional parece estar en camino de invertirse, es decir que llegará a tener una base cada vez más pequeña y un vértice cada vez más grande. (23) En los últimos 25 años la esperanza de vida del guatemalteco ha aumentado nueve años siendo para 2001 de 70 años en hombres y de 67 para mujeres y el porcentaje de adultos >65 años en toda Guatemala es de 3.5%. (5)

Las tasas evaluadas de depresión en los ancianos (tanto la prevalencia como la incidencia) dependen tanto de las poblaciones estudiadas como de las definiciones de depresión utilizadas. Los estudios realizados en la comunidad española encuentran síntomas de depresión en más del 15% de los ancianos; la prevalencia de trastorno depresivo mayor es inferior (<4%). En Estados Unidos el 15 y el 25% de los mayores de 65 años padecen desórdenes mentales serios, siendo la depresión el más importante debido a su frecuencia, con una prevalencia entre el 10-15% de los adultos mayores de la comunidad. (18)

Una serie de estudios ha encontrado una prevalencia de enfermedad depresiva en ancianos que acuden al médico general y está presente en ancianos hospitalizados y residentes en instituciones de residencia o de asistencia social en casi un 40%. (18)

En Guatemala, según un estudio hecho en adultos mayores, en el Centro de Atención Médica Integral para pensionados (CAMIP) y el Hogar para Adultos de San Vicente de Paúl en el año de 1989 en ancianos institucionalizados y no institucionalizados de ambos sexos evidenciaron un 8% de deprimidos hospitalizados en los institucionalizados y el 4% en los no institucionalizados. El 46% fueron deprimidos ambulatorios en los institucionalizados y un 0% en los no institucionalizados. (27)

En un estudio del año 2001 realizado en el Hospital Nacional de Antigua sobre depresión en pacientes internados de los 9 pacientes mayores de 60 años, los 9 presentaron algún tipo de depresión y el sexo que más predominó con depresión fue el femenino.(22)

Otro estudio realizado en el 2001 que relacionó el nivel de depresión y la clase funcional en pacientes con Artritis Reumatoide, el 47% presentó depresión predominando la depresión leve en un 21 %. (3)

En el año de 1990-1992 por medio del Test de Zung se realizó medición de depresión en 22 maestros jubilados en la cabecera departamental de Chimaltenango donde 6 (27.27%) presentaron ser deprimidos ambulatorios, ósea personas que mantienen un tono de humor depresivo y uno (4.55%) en deprimidos (hospitalizados), ósea personas que por su profundo estado depresivo se encuentran incapacitados para realizar sus actividades diarias, ocasionando un aislamiento total o parcial. (9)

Esta alta incidencia de depresión en adultos mayores, se constituye en el problema de salud pública, porque aunque se ha documentado que la mayor incidencia de depresión se dan entre los 45-55 años, es en mayores de 60 años en quienes se manifiesta de forma mas severa. La alta incidencia de depresión en adultos mayores es alarmante pero aun más el hecho de que su forma más grave es el suicidio siendo en ellos la tasa de suicidio dos veces mayor que en adolescentes y hasta cuatro veces en la población general.

Los factores sociales o en su omisión ambientales que se han relacionado con la depresión son varios, siendo los más citados la falta de salud, soporte social, recursos económicos (18). La relevancia de depresión en personas enfermas es obvia y compleja, la enfermedad también puede presentarse después de la depresión y visceversa. La presencia de una enfermedad durante un episodio de depresión empeora el pronóstico, siendo condiciones especialmente frecuentes en Guatemala.

Considerando todo lo anterior se realizó el siguiente estudio por medio del cual se identificó y cuantificó los niveles de depresión en los pacientes de Consulta Externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia del Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Betancourt (Antigua Guatemala); además, se proporcionó apoyo por medio de una guía de autoayuda (Ver Anexo) a los pacientes que presentaron niveles leves. Los pacientes con nivel moderado y severo se refirieron a la unidad de salud mental.

III. JUSTIFICACIÓN

Guatemala cuenta con una población total de 11,237,196 habitantes en el año 2002, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente forma Departamento de Guatemala 2,541,581 (22.6%) habitantes y en el departamento de Sacatepéquez 248,019 (3.6%) habitantes. La población mayor de 60 años a nivel nacional es de 713,770 habitantes, para el departamento de Guatemala con 173,363 habitantes y en el departamento de Sacatepéquez 16,707 habitantes. (8,11)

El incremento mundial de la población mayor de 60 años (adulto mayor) ha hecho más notable la aparición de nuevos problemas de salud, especialmente en el campo de la salud mental. La depresión es considerada hoy por hoy, como un importante problema de salud pública su consecuencia más grave es el suicidio. En la edad avanzada el número de suicidios es desproporcionadamente alto con respecto a otras edades, los intentos de suicidio acaban en muerte con mayor frecuencia (1:4 en ancianos frente a 1:20 en deprimidos menores de 40 años). (15,23)

Se ha evidenciado que el paulatino aislamiento del acontecer diario produce en algunos ancianos un gran deterioro físico y mental. La carencia del rol profesional y/o laboral desempeñado por tantos años da cabida a la depresión, la reclusión y gradualmente a la falta de interés en el arreglo personal, en alimentarse balanceadamente y en mantener una vida social activa, por lo que los factores económicos, sociales, ambientales y eventos de tipo psicológico pueden desencadenar un cuadro depresivo, además, en el adulto mayor la presencia de enfermedades orgánicas producen la pérdida en la capacidad funcional o sea disminución en la habilidad para satisfacer sus propias necesidades, provocando la pérdida de su independencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. Se requiere de nuevos estudios acerca de este tema para poder brindar atención y promoción integral de la salud a esta población. (5, 8, 14,17)

Desde el punto de vista epidemiológico, es patente que hay dificultades metodológicas para identificar depresión en adultos mayores, llama la atención sobre este hecho y se considera que existe un sub-registro de esta situación volviéndose un problema importante de salud pública, es por ello que con este estudio se identificó y cuantificó los niveles de depresión en pacientes mayores de 60 años que asisten a la consulta externa de Medicina Interna, Ortopedia y Cirugía del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala); para ayudar a su diagnóstico, además, a los pacientes identificados con depresión leve se proporciono información sobre la enfermedad, a través de una guía en la cual se resumió de forma simple y breve el concepto de depresión y sus manifestaciones clínicas (Ver Anexo). A los pacientes identificados con depresión severa se les realizó hoja de referencia a las clínicas de salud mental.

Por todo lo anterior es importante tomar conciencia del problema, para que en futuras ocasiones se proporcione un abordaje biopsicosocial al adulto mayor, y así beneficiar al paciente identificando en forma oportuna los diferentes niveles de depresión con lo que se evitará cronicidad y consecuencias fatales como el suicidio.

IV. OBJETIVOS

❖ *General:*

Identificar los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a la Consulta Externa del Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt Antigua Guatemala. Por medio del Test de William Zung.

❖ *Específicos :*

- 1. Cuantificar los casos de depresión en Leve, Moderada y Severa utilizando el Test de William Zung en adultos mayores que asisten a la consulta externa.*
- 2. Asociar los niveles de depresión con edad, sexo, etnia, estado civil, ingreso económico, enfermedades física y participación social.*
- 3. Elaborar y Proporcionar una guía de auto-ayuda a pacientes mayores de 60 años que presentaron algún grado de depresión.*

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. ADULTO MAYOR:

Por definición son las personas mayores de 60 años (en los países desarrollados son los mayores de 65 años). puede llamarse también ancianidad o periodo de la vejez, el cual se refiere al último periodo de la vida del hombre, finalizando con la decrepitud". (17) Según las Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que del total de sus habitantes, más del 7% son personas mayores de 65 años y propone trazar una línea divisoria en los 60 años para los países en vías de desarrollo. (2, 17,30)

A principio de los años cincuenta la expectativa de vida era de 47 años en el ámbito mundial, mientras que en 1995 rebasó los 65 años en ciertos países y en algunos se acercaba a los 80.

En la Argentina la ONU da como porcentual de personas mayores un 9%, mayores de 65 años, de los cuales el 39% corresponden a la Capital Federal y el 22% al conurbano.

La expectativa de vida según la UNESCO en 1993 era de 73 años y en una proyección hacia el año 2025 se estima que será de 110 años.(2,17,30)

En las últimas décadas se ha observado un aumento creciente de la población de adultos mayores. Dentro de estos, el grupo que más ha aumentado es el de los mayores de 85 años, quienes son también los más frágiles y en más alto riesgo de presentar enfermedades crónicas discapacitantes y declinación funcional. Es característico de la geriatría trabajar con los más añosos y con los discapacitados funcionalmente. La geriatría como especialidad, no se limita a la barrera de los 65 años de edad. "La gerontología se dedica al estudio científico de los fenómenos de La vejez normal. La palabra gerontología proviene del griego Gerón que quiere decir Anciano, y se ocupa de estudiar la vejez y sus características. La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de la prevención y el tratamiento de las enfermedades de la vejez". (5)

Más determinante que la edad es la capacidad de ser autovalente para realizar las actividades de la vida diaria. Se ha comprobado que el anciano sufre varios cambios, tales como disminución de la capacidad de rendimiento motor, como marcha insegura, temblor de manos, etc. En la vida intelectual, se ha comprobado que el anciano tiene poca capacidad para aprender cosas nuevas, sobre todo alrededor de los 75 años de edad, dependiendo siempre este aprendizaje de la motivación que tenga para aprender.(2,17)

“La edad en la cual el anciano se aparta de su trabajo rutinario y goza de la jubilación es a partir de los 65 años. Puede dividirse la vejez en dos etapas:

***1.1 Vejez joven:** Que comprende a los individuos de 65 a 75 años, quienes gozan de tiempo libre, el cual lo emplean para realizar actividades productivas y de satisfacción personal, pues aún gozan de una mente lúcida que les permite hacerlo.*

***1.2 Vejez Avanzada:** Se da a partir de los 75 años, en donde el anciano tiene que hacer frente a nuevas situaciones, a enfermedades que limitan su actividad física y mental, y que pueden conducirlo a la muerte.^(2,17)*

2. BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

Existe un variado número de teorías sobre el envejecimiento, la mayoría de ellas se superponen o no son mutuamente excluyentes y ninguna es totalmente compatible con la falta de datos. Estas teorías pueden dividirse en dos amplias categorías separadas, en las que atribuyen el envejecimiento a un programa genético y las que lo basan en una lesión progresiva y aleatoria de los sistemas homeostáticos. Propuesta hace 35 años y aún no investigada de manera adecuada, sugiere que el envejecimiento podría deberse a los efectos tardíos y deletéreos de genes que se han conservado debido a sus efectos beneficiosos antes de la reproducción.

Las teorías de los daños aleatorios se basan en la posibilidad de que se rompa el equilibrio entre las alteraciones continuas y la reparación. Las distintas teorías difieren en la importancia que atribuyen al aumento de los daños (p. Ej. , por radicales libres, oxidación o glucación) o a las deficiencias de la reparación y sobre los mecanismos que podrían mediar en cada uno de estos parámetros. Aunque son teorías atractivas, sigue sin dilucidarse si las anomalías descritas son la causa o el resultado de la senectud. ^(5,13)

3. CAMBIOS RELACIONADOS CON LA SENECTUD Y SUS CONSECUENCIAS

En general se observa un aumento de la grasa corporal con una disminución del agua corporal total.

A nivel de ojos y oídos se presenta presbicia, opacificación del cristalino y disminución de la audición de frecuencias altas ocasionando disminución de acomodación, aumento de la susceptibilidad a la luz, necesidad de más iluminación y discriminación de palabras con ruido de fondo lo que se manifiesta como ceguera y sordera.

En el sistema respiratorio se disminuye la elasticidad pulmonar y aumento de la rigidez torácica produciendo un desequilibrio ventilación / perfusión acompañado de disminución del PO₂ ocasionando disnea e hipoxia.

El sistema endocrino hay deterioro de la homeostasis de la glucosa lo que aumenta los niveles de glucosa en respuesta a enfermedades aguda como diabetes mellitus; disminución de la aclaración de tiroxina (y la producción) lo que disminuye la dosis de T₄ necesaria en el hipotiroidismo; disminución de testosterona, absorción y activación de la vitamina D produciendo Osteopenia haciendo más frecuente las fracturas; la disminución de ADH, renina y aldosterona produce un aumento de Sodio y disminución del Potasio.

El sistema cardiovascular produce una disminución de la distensibilidad arteria y aumento de la PA sistólica dando una respuesta hipotensora al aumento de la FC, reducción de volumen o pérdida de la contracción auricular; la disminución de la respuesta beta-adrenergica, sensibilidad de los barro receptores y disminución del nódulo SA producen una disminución del gasto cardiaco y la FC por estrés, se reduce la respuesta de la presión arterial a la posición erguida y disminución de volumen manifestándose como insuficiencia cardiaca, bloqueo cardíaco y síncope en algunas ocasiones.(5,13)

Gastrointestinalmente hay disminución de la función hepática, acidez gástrica, motilidad colónica y función anorrectal ocasionando retraso del metabolismo de algunos fármacos más disminución de la absorción de Calcio en el estómago vacío, estreñimiento lo que produce en algunas ocasiones cirrosis, osteoporosis, déficit de B12, impacto fecal e incontinencia fecal.

A nivel inmunológico y hematológico disminución de la reserva de medula ósea y función de las células T con aumento de auto anticuerpos dando PPD falso negativo, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares falsos positivos.

Con respecto al sistema renal hay disminución de FG y concentración / dilución de orina respondiendo de forma retrasada a restricción/sobrecarga de sal o líquidos, nicturia. Se presenta atrofia mucosa vaginal/uretral con aumento de tamaño de la próstata ocasionan dispareunia, bacteriuria, aumento de volumen orina residual, incontinencia urinaria ITU sintomática.

Hay una disminución de la masa corporal, músculo y densidad ósea con deterioro funcional fractura de cadera, osteopenia.(5,13)

A nivel del sistema nervioso central se observan cambios a nivel de:

3.1 CATECOLAMINA: Una alteración en el metabolismo de ellas, en relación con la senescencia, fue sospechada cuando se demostró una disminución del 35% en la actividad de la TYR-OH en el estriado de ratas viejas. En el hombre parece que el metabolismo de las catecolaminas esta también alterado con la edad. Esto se refleja, en primer lugar, por un descenso en la tasa de las enzimas necesarios para la síntesis de catecolaminas. Una serie de trabajos demuestran que las actividades de TYR-OH y de la DOPA-DC son menores en el anciano que en el adulto joven. El descenso de la TYR-OH es sobre todo pronunciado en el estriado y en el putamen, donde fueron medidos déficit de más del 30%. La disminución de la actividad de la DOPA-DC es superior a la de la TYR-OH y es medible, además, en más estructuras. En efecto, la acción de la DOPA-DC disminuye del 35 al 54% en el neostriado, del 33 al 55% en el paleostriado y en un 40% en la sustancia negra.

Este descenso en la concentración cerebral de estas enzimas sugiere que la tasa de catecolaminas debe estar igualmente descendida en el anciano. Niess y col. Han demostrado una disminución de la tasa de NA cerebral en función de la edad. Según estos autores, la caída en la concentración de NA es del 40% entre los sujetos de 25 a 70 años. Además, la actividad de la MAO, que es el principal enzima responsable de la destrucción de las catecolaminas, aumenta progresivamente con la edad del individuo.

3.2 SEROTONINA: Se ha visto anteriormente que la actividad de la DOPA-DC (=5HTP-DC) disminuía en función de la edad. Como esta enzima es responsable de la transformación de la 5-htp en 5-HT, sería lógico que existiera un descenso en la concentración de este transmisor en la senescencia. Los análisis efectuados en el anciano no han confirmado esta suposición y tampoco se han encontrado cambios en la tasa de t-HIAA, metabolito principal de la t-HT. Es evidente, pues, que los resultados neurobioquímicos actuales, obtenidos tanto en el animal como en el hombre, no permiten todavía establecer con certeza el tipo de relación existente entre la senescencia y el metabolismo de la T-HT.⁽²⁷⁾

3.3 ACETILCOLINA: Las actividades de la ChAc y de la AchE parecen disminuir en función de la edad. Se ha demostrado, además, que si bien esta reducción es significativa en la mayoría de las regiones cerebrales, ella es sobre todo pronunciada en las zonas corticales.⁽²⁷⁾

4. RASGOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL EN QUE SE DESARROLLA EL ADULTO MAYOR:^(5,14)

En la antigüedad y hasta el comienzo del siglo XX, las familias eran más grandes, tenían mayor número de miembros, con la salvedad de que la expectativa de vida era menor. Los planes materno infantiles posibilitaban una mejor y mayor supervivencia, con lo que había mayor cantidad de jóvenes para compartir y cuidar a los ancianos. Los hogares trigeracionales eran comunes; los cambios sufridos en la sociedad han hecho que en la actualidad y sobre todo en la familia urbana, ésta sea de constitución nuclear: padre-madre y uno o dos hijos, convirtiéndose en hogares uni o bigeneracionales.^(2,4,14)

El frenético ritmo de la metrópolis actual deja fuera de la corriente a la persona mayor quitándole el rol de la producción y asignándole el vacío, la incertidumbre económica y la soledad dada por el aislamiento. De esta manera la sociedad cargada de preconceptos con respecto al anciano deja inutilizado a este creciente sector de la población.

Esta realidad Social, daña severamente la autoestima de la persona mayor. La desvalorización está dada por la falta de sentido en sus vidas y la carencia de una función social luego de toda una vida de servicios a la comunidad a través de su trabajo y el respeto de sus semejantes.

Esta marginación del adulto mayor, a su vez distancia a los jóvenes del anciano privándolos de la experiencia y sabiduría del que ha vivido mucho. Más aún, los aleja de la posibilidad de comprender a la vejez como parte de la vida, ayudándolos, de esta manera, a prepararse planificando su futuro para no dejar relegadas a otras decisiones que deben ser personales.

Gran parte del deterioro físico y mental que se evidencia en algunos ancianos tiene su origen en el paulatino aislamiento del acontecer diario en la comunidad y el país. La carencia de ese rol profesional y/o laboral desempeñado por tantos años – con el que se identifican como personas – da cabida a la depresión, la reclusión y gradualmente a la falta de interés en el arreglo personal, en alimentarse balanceadamente y en mantener una vida social activa.

Suele presentarse un sentimiento de soledad en aquellas personas cuyas relaciones matrimoniales no son las adecuadas, o que, a causa del fallecimiento de su cónyuge, se encuentran en la edad avanzada, separadas de su pareja. La relación armónica con la pareja y la existencia de múltiples aspectos comunes reduce considerablemente en los ancianos, el deseo de un contacto mas frecuente entre padres e hijos.^(2,4,30)

También se sienten menos solas aquellas personas que mantienen contactos extra familiares con amigos, vecinos y conocidos o con miembros de otros grupos. La Imagen que la sociedad tiene de la vejez y los papeles que adjudica a ésta el entorno social, determinan el proceso de envejecimiento del individuo, generalmente en el sentido de una restricción de su comportamiento.⁽⁸⁾

Una de las causas que influyen profundamente sobre la situación del adulto mayor dentro de la estructura social, especialmente en lo que se refiere a su salud, son las diferencias de clase social y de cultura. Debido a ello los ancianos de condición socioeconómica baja carecen de los conocimientos necesarios acerca de los cuidados del cuerpo humano y de las medidas de salubridad general que le permitan cuidarse por sí mismo.⁽²⁰⁾

Es por ello que la familia que cuente con un anciano en su seno debe pensar en una alternativa que posibilite una mejor convivencia, alternativa que se tome por lo general consultando los deseos de los ancianos. Cualquiera de las alternativas consideradas precedentemente habrá de estar condicionada al tipo de familia y a que el anciano sea considerado una persona con propias decisiones y necesidades sobre su expectativa de vida. Todos estos elementos deberán servir para evaluar el estado de salud del anciano; si el anciano no quiere ser una carga para su familia y desea vivir solo, si el anciano no quiere vivir solo y busca dependencia de algún familiar, si el anciano no quiere abandonar su casa por la pérdida de su independencia que el abandono conlleva y por último si el anciano decide vivir en una residencia.^(2,4,14,21,30)

Debido a que el hombre es un ser eminentemente social y no puede permanecer aislado espiritual y afectivamente de los demás, el anciano necesita seguir, si bien el envejecimiento exige una reorientación, una aceptación de nuevas misiones, de nuevos deberes y derechos y una renuncia a anteriores derechos, deberes y costumbres.

5. EL ANCIANO Y LOS DIFERENTES TIPOS DE SOCIEDAD

5.1 Sociedad altamente competitiva.

En un tipo de sociedad así, predomina la dialéctica de la producción y el consumo, de la oferta y la demanda. Se entiende que para ser tomado en cuenta hay que producir y hay que consumir. ¿Cómo se considera a sí misma la persona que a causa de su edad ya no figura en la lista de los productores, y cuyo consumo se va limitando al rubro de los medicamentos y pocas cosas más. (2,4,30)

5.2 Sociedad efectista.

Característica que viene de la mano de la recién nombrada competitividad: para poder competir en forma hay que ser eficientes; la lógica de la efectividad prevalece sobre cualquiera otra, y se impone a la lógica de la gratuidad, del encanto y de la poesía. Se buscan resultados buenos (es decir, útiles) e inmediatos. Lo no útil, lo que no tiene inmediatamente aplicaciones prácticas, no se considera importante. Así, los hombres y mujeres de esta sociedad trabajamos como locos (se supone que para vivir mejor), nos llenamos de prisas, nos contaminamos unos a otros con nuestras plagas de neurosis de angustia, y a la vez, como estamos tan ansiosos, nunca nos sentimos satisfechos. Por lo mismo, esta sociedad efectista es también causa de muchas frustraciones para el adulto mayor donde no encuentra un espacio ya que su actividad física se encuentra en disminución debido a lo ajetreado de esta sociedad. (2,4,30)

5.3 Es una sociedad "acelerada".

Los estudiosos de las transformaciones sociales aseguran que vivimos una aceleración histórica sin precedentes: las transformaciones tecnológicas, sociales, políticas, económicas, culturales (¿morales?) a las que asistimos, son casi vertiginosas. Se habla de un síntoma psicosociológico denominado "shock de futuro" y que consistiría en una especie de miedo de muchas personas a quedar atrasadas, a no vivir no ya el presente sino alejadas del futuro. (2,4,30)

5.4 Es una sociedad de familia nuclear.

Ya en la mayoría de los lugares ha perdido vigor la antigua familia extensa, la familia de la casa grande, casi patriarcal, en la que compartían naturalmente abuelos, padres e hijos, y a veces tíos y primos. El abuelo, el "adulto mayor", era figura importante en esa transmisión de cultura, y él se sentía importante; en la familia extensa había un sitio para él, y en ese sitio cumplía un rol que era irremplazable..

Se da a partir de los 75 años, en donde el anciano tiene que hacer frente a nuevas situaciones, a enfermedades que limitan su actividad física y mental, y que pueden conducirlo a la muerte. (2,4,30)

6 . SEXUALIDAD EN LA VEJEZ: (13,19)

Mientras el hombre vive, sea cual fuere su edad, es capaz de sentir impulsos, en su manifestación como deseos y en la conducta para su realización varía con los años en intensidad y en calidad. Por el envejecimiento se modifica también la dinámica del acto sexual, sobre todo a medida que avanza la tercera edad.

Una actitud sexual de una pareja en la tercera edad, tiene un carácter placentero y existencial. El sexo afirma la identidad de cada cónyuge, ya que, por medio del permite a una persona ofrecer algo que merece la pena, algo que agrada y satisface a otra. A través del acto sexual, el individuo reconoce que su cuerpo, es capaz de dar y recibir placer, se siente asimismo inducido a mantener y valorar la propia realidad de su cuerpo, cuya estima suele disminuir en la vejez.

La necesidad sexual de la persona de edad no suele manifestarse, en situaciones normales, con la urgente exigencia con que se presenta en los jóvenes. Otra cosa puede ser en determinadas circunstancias de ansiedad, soledad, etc. En los ancianos, la sexualidad comienza muchas veces por la ternura, por el afecto que despierta una atención recibida y que, se olvida o incluso menosprecia. Poco a poco va naciendo una tendencia cariñosa, de mayor intimidad, y con ésta brota el deseo.

Sin embargo los prejuicios tales como el temor al ridículo, el miedo a los tabúes sociales, y sobre todo, la falta de formación, hacen que la mayor parte de las personas mayores acepten como algo inevitable, el que la edad avanzada signifique el fin de la actividad sexual, generalmente alrededor de los 70 años, cuando todavía son muchos los que desean y son capaces de realizarla.

7. LA JUBILACIÓN:

“La palabra jubilo significa alegría o regocijo, y proviene del latín jubilarse, que significa eximir a la persona del ejercicio de su carrera, profesión o cargo, por razones de ancianidad o imposibilidad de trabajo generalmente otorgándole el derecho a una pensión”. (17, 36), En general se produce entre los 60 y los 70 años.

La jubilación puede ser deseada o temida representa el cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción de una remuneración o pensión. Además puede suceder inesperadamente para aquellos que no han tenido la precaución de verla venir, a pesar de que ya tienen una edad próxima a la establecida en reglamentaciones para el retiro. A veces no hay reglamentos para tales casos en las empresas y de pronto sus autoridades los emiten por que deciden renovar personal.(4,23)

El cese brusco, de un día para otro, de la actividad laboral puede perjudicar la salud mental y física del recién jubilado. Muchos ancianos al llegar al momento de la jubilación se sienten insatisfechos con ello, ya sea porque no les agrada la idea de abandonar el trabajo o no le parece el monto de las pensiones que se le otorgara. Por lo antedicho para algunos la jubilación es bienvenida; para otros es una tragedia.

La jubilación se da por una opción social, es decir que es la sociedad la que se encarga de la jubilación del hombre al llegar a determinada edad; y es el impacto de esta sobre el jubilado lo que lo vuelve viejo, inútil y marginado, sin tomar en cuenta su edad y su salud. Es por ello que al momento del retiro, el anciano considera esta medida como un acto de marginación social, desarrollando una personalidad deprimida, sin esperanza, volviéndose desconfiados, inútiles, experimentan amargura al sentirse dependientes de los adultos; temiendo a la muerte, pero más aun ala vida, porque ya no tiene alicientes para él.

Muchas veces es la falta de recursos económicos lo que conduce a un bajo nivel de vida del jubilado, inferior al que tuvo cuando estaba activo. Esa falta de recursos será la que de que la compra de alimentos sea inferior, que se produzca una dejadez en la renovación y limpieza del vestuario, en el mantenimiento de las comodidades y de los objetos del hogar, etc.(4,23)

8. MALTRATO, ABUSO Y VIOLENCIA

El anciano, por su vulnerabilidad, es sujeto en ocasiones de violaciones de sus derechos fundamentales como persona. El abuso se define como abuso físico, que causa daño en cuerpo; amenazas verbales o abuso psicológico, que causa temor o humillación; abuso sexual como en la violación o intento de violación; o abandono, cuando no se suministra la comida, los medicamentos, el tratamiento médico por personas externas, familiares o sociales.

Es un tema alarmante, tanto para la comunidad como para los profesionales involucrados, y aún afecta como un duro golpe a nuestros mitos de los queridos y frágiles sistemas familiares.(23)

9. AUTO PERCEPCIÓN PSICOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR:

Vistos a grandes trazos algunos de los rasgos de la sociedad actual, podemos ahora referirnos a algunos aspectos psicológicos del adulto mayor. Ellos se relacionan con la manera que el individuo, enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo.

Cuando se trata de un envejecer sano, el tiempo psíquico es tranquilo y ancho pudiendo aprovecharse ese vivir apacible y reflexivo, meditabundo y de trabajo creador, de sabiduría y de consejo. Este tipo de vejez debe coincidir con aquella que cuenta Platón de Sófocles, y que bien pudiera ser calificada de majestuosa. Del viejo sano y con bienestar, es difícil hablar en la hora actual, porque se da y se ve poco.(2,4,23)

Según Erickson, la tarea psicosocial de esta etapa consiste en contemplar su vida en conjunto, con coherencia y aceptación. Si tienen éxito habrán desarrollado la integridad del ego, habiendo derrotado a la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme a la muerte y, aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. En cambio, cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría.

El adulto sabio sabe aceptar las limitaciones, sabe cuando aceptar el cambio y cuando oponerse al mismo. Erickson contempla la tercera edad como un periodo más productivo y creativo que en el pasado, considera que el paso por ésta no pone fin a la generatividad de una persona (Craig, 1996). (2,4,23)

La clave para una satisfacción y bienestar continuado en la tercera edad puede ser un complejo sentido del yo, consistente en muchos roles sociales, concepciones sobre sí mismo y aspectos de la personalidad. Otro factor que puede reafirmar la felicidad de los mayores es su visión de desarrollo a lo largo de la vida. La cultura, el grupo étnico y el status social pueden tener un impacto directo en estas opiniones.

Es importante destacar en esta edad el concepto de bienestar subjetivo, el cual es muy relevante, ya que determina el estado psicosocial y físico del individuo. Se refiere a la sensación de bienestar que tenga o no el adulto mayor y no se relaciona con cómo éste se vea desde afuera, sino con qué tan satisfecho se siente consigo mismo. (23)

Este bienestar incluye ciertas dimensiones como el grado de satisfacción que tenga con su vida; Estados de ánimo; Felicidad general; Congruencia de la persona (sí las metas se han logrado); auto concepto y resolución y fortaleza.

Además, para sentirse seguro y bien consigo mismo, el individuo debe cumplir cuatro tareas o metas:

Metas de logro

Metas de mantenimiento

Metas de separación

Metas de compensación

En cambio, mucho puede decirse del viejo enfermo y con malestar, porque abunda en nuestra sociedad. Este tipo de adulto mayor presenta rasgos importantes en su personalidad como son:

9.1 Pérdida de Autoestima.

Sabemos que la manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, y que este último (propia evaluación) es el proceso psíquico conocido como Autoestima.

El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad con las características que hemos enumerado anteriormente, es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social. Es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los demás porque percibe que los demás no cuentan con él.

Dice VÍCTOR FRANKL que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo; ella se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significación. Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Bien, es posible que la persona de la tercera edad caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado. Es cierto, sin embargo, que esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores y ancianas que sean más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas. (2)

Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella, y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo: nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de las personas, sean de la edad que sean; pero ahora, a esta edad, el problema se agudiza, pues viene sazonado de otros tintes de marginación social.

La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía sufrida por muchos ancianos.⁽²⁾

10. FENÓMENOS PSÍQUICOS DEL ENVEJECIMIENTO (4)

10.1 La Regresión:

Es un movimiento defensivo del Yo. Cuando se presenta una situación de tensión y de conflictividad, el individuo puede dejar de lado parcialmente sus deseos y para evitar la angustia, volver a etapas y objetivos anteriores. En los ancianos la regresión está motivada porque el dominio de la fase genital desaparece, de tal modo que no les queda otra salida que recuperar las fases anteriores de su libido.

10.2 La negación:

Es un mecanismo que se emplea para obtener la defensa del yo, evitando el enfrentamiento con hechos reales o dolorosos, desagradables. Se emplea para alejarse de elementos reales amenazantes, y forma parte de un proceso de adaptación del yo a la nueva realidad del Individuo.

10.3 La reminiscencia:

Esta es considerada como el acto de pensar en las propias experiencias pasadas, o bien, relatarlas lo cual es un cambio específico del yo para adaptarse a la senectud. Es fundamental para el buen envejecimiento mantener la autoestima y controlar la depresión ante las múltiples pérdidas a que el individuo se ve sometido, lo cual se logra a través de recordar el pasado o idealizarlo para que resulte aún más gratificador.

Entre los rasgos del carácter en la vejez se encuentran: Reducción del interés e incapacidad para aceptar nuevas ideas, suspicacia, falta de entusiasmo, melancolía, pesimismo, necedad en aceptar cambios en la salud física, el ser posesivo, egoísta, exceso de compensación, exageración de las tendencias neuróticas, histéricas, hipocondríacas de la personalidad; estas son compensaciones ante la disminución de su facultad para adaptarse al medio". ⁽²⁹⁾

11. REINSERCIÓN DEL ANCIANO EN LA COMUNIDAD COMO MIEMBRO ACTIVO

Es posible considerar un rol para jubilados y ancianos, una manera de reincorporarlos utilizando su experiencia y trayectoria. Algunos países como Estados Unidos y Japón ya están realizando programas intergeneracionales en donde tanto los niños como los ancianos se benefician de los encuentros. Así también algunas empresas del norte están reincorporando a sus antiguos trabajadores como asesores de los jóvenes empresarios que suelen ser impulsivos e impacientes. Gran cantidad de personas mayores ya jubiladas trabajan como voluntarios recibiendo viáticos y una comida diaria a cuenta de las instituciones que los contratan.⁽¹⁷⁾

12. DEPRESIÓN

La depresión se conoce desde la antigüedad, y los trastornos que hoy denominamos afectivos pueden hallarse ya en muchos documentos antiguos.

La historia del rey Saúl, en el Antiguo Testamento, describe un síndrome depresivo, como también la historia del suicido de Ajas, en la Ilíada, de Homero. (15)

Hacia el 450 a. de J.C., Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones mentales. Cornelio Celso describió la melancolía para describir las alteraciones mentales en su obra De Medicina, hacia el año 100 d. De J.C. como una depresión producida por bilis negra, y el término siguió siendo utilizado por otros autores médicos, incluidos Areteo (120-180 d. De J.C.), Galeno (129-199 d. De J.C.) y Alejandro de Tralles, en el siglo VI.

En la Edad Media, la medicina siguió viva en los países islámicos, y durante ella, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferenciada. El psiquiatra moderno debe saber que fue Emil Kraepelin quien desarrolló en 1896 la categoría de enfermedad maniaco-depresiva, que utilizamos en la actualidad y que se basa en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que precedieron a Kraepelin. (15)

En 1854, Jules Falret describió una enfermedad denominada folie circulaire, en la que el paciente experimentaba estados de ánimo alternos de depresión y manía. Hacía la misma época, otro psiquiatra francés, Jules Baillarger, describió la enfermedad de folie á double forme, en la que el paciente se volvía totalmente deprimido o caía en un estado de estupor del que eventualmente se recuperaba. En 1882, el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum describió la manía y la depresión como fases de la misma enfermedad.

La descripción de Kraepelin de la enfermedad maniaco-depresiva contenía ya la mayoría de los criterios que los psiquiatras utilizan actualmente para establecer su diagnóstico. En las diversas ediciones de su manual, Psychiatry, propuso que se considerase todo el grupo de trastornos maniaco-depresivo como una enfermedad que no terminable en la demencia o el deterioro.

Kraepelin describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en las que las mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres que llegó a ser conocida como melancolía involuntaria pero eventualmente ésta llegó a ser considerada un tipo variante del trastorno afectivo.(15)

La palabra depresión proviene del latín deprimere y significa hundimiento o abatimiento. Lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano. Aquí reside el núcleo común a todos los enfermos depresivos. Todos ellos son enfermos de la vitalidad.

La depresión acredita su primordial filiación vital al no ser un trastorno psíquico puro, sino psicofísico, puesto que engloba rasgos psicopatológicos y alteraciones somáticas.

El estudio de la depresión aporta muchos datos positivos para los conocimientos del ser humano. La visión del ser humano a través de la depresión nos permite captar cualidades humanas profundas e insondables; difícilmente cognoscibles por otras vías. Con seguridad, el efervescente pensamiento filosófico-psicológico existencialista de varias décadas atrás, habría prestado a la depresión una atención tan primordial como la prestada a la angustia, si se hubiese contado entonces con el rico caudal de conocimientos sobre la depresión hoy disponible.⁽¹⁵⁾

Aún se acentúa la mortificación depresiva al ser vivida por lo general como un sufrimiento inmotivado o insuficientemente justificado. Suele acompañarse de un denso cortejo de frustraciones y temores. El sufrimiento del depresivo es símbolo de irreversibilidad. Casi todos los depresivos creen que su sufrimiento no tiene remedio. »

El depresivo se encuentra tan hastiado de la vida que llega a tutearse con la imagen de la muerte. No hay intimidad mayor con la imagen de la muerte durante la vida humana y recuérdese que el ser humano, como pusiera de relieve Pascal, es el único que sabe que va a morir, que la mantenida por el enfermo depresivo. No sólo trata a la muerte con toda familiaridad, sin respeto ni temor, sino que desea abrazarse a ella. La depresión se refleja muchas veces como un abrazo anticipado con la muerte. Esta entrega anticipada a la muerte, vivida por el enfermo depresivo, encuentra su contrapunto en el debate contra la muerte que forma el núcleo vivencial de la angustia mórbida patológica más frecuente de todas: la angustia neurótica. Para el psicólogo, la depresión se refiere a cualquier disminución del rendimiento cognitivo, perceptivo, o motor normal. Sin embargo, para el psiquiatra clínico la depresión cubre una gama de cambios de los estados emocionales que en términos de gravedad van desde fluctuaciones normales del humor en la vida cotidiana hasta los episodios psicóticos graves.⁽²⁹⁾

12.1 Epidemiología

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes entre los adultos, la expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo es de alrededor del 20% para las mujeres y el 10% para los hombres. En todas las categorías de depresión, solo del 20 al 25% de las personas reciben tratamiento. En los países industrializados de occidente la prevalencia de depresión es de 2 a 3 casos por cada 100 hombres lo que equivale al 2-3% de la población en mujeres se presentan de 5 a 9 casos por cada 100 mujeres, equivalente a un 5 –9% de la población. La depresión es más frecuente en mujeres 2:1 que en hombres, la incidencia máxima en las mujeres es de 35-45 años, y en los hombres a partir de los 55 años aumentando con la edad. ^(24,6,9)

Las personas que no tienen relación íntima con otra persona tiene un mayor riesgo de padecer depresión. Una de cada cinco personas tiene riesgo de padecerla en algún momento de su vida y en uno de cada 15 casos será tan grave que requerirá hospitalización. El rango de suicidios de personas severamente deprimidas es de cerca de 15%. ⁽¹⁵⁾

Watts postuló, en 1964, la existencia en la comunidad de una gran porción oculta del iceberg de la depresión de unas 150 personas por mil que daba origen a cuantiosa aflicción, en gran parte no descubierta, y a un desempeño por debajo del normal. Goldberg, encontró, en 1981, grandes discrepancias en la capacidad del médico general para reconocer la morbilidad

psiquiátrica, descubierta por medio de cuestionarios, sugiriendo que esa capacidad guarda relación con la técnica de la entrevista, y propone el autor una serie de atributos deseables congruentes con la facilidad de reconocimiento. (18)

Según reportaron Goldberg y Bridges en 1987, de 590 pacientes que se presentaron en medicina general con un nuevo padecimiento (de cualquier clase), 15.8% cumplían los criterios de diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, 12.7% de trastorno depresivo mayor (TDM) y 31% de trastorno distímico. (18)

En otro informe, de 195 casos psiquiátricos identificados, el 47.8% se podía considerar como trastorno de ansiedad generalizada, 38.4% como TDM y 9.3% como trastorno distímico. De este modo, se ha calculado que alrededor de 70% de las mujeres y 34% de los hombres tienen un episodio de depresión. Según otras estimaciones, 8 a 18% de los varones y 20 a 26% de las mujeres la sufren en diversos grados en un momento dado de su vida.

En un estudio en México solo el 2% de la población de Adultos Mayores presenta algún grado de depresión. (16)

En Argentina se realizó un estudio sobre depresión encontrando que más de un 10% de la población adulta latinoamericana como europea padecen de depresión. Otro estudio realizado en la Universidad del Desarrollo en el año 2000 se pudo afirmar que existen diferencias significativas entre los adultos que tienen un alto nivel de actividad física y aquellos que tienen un bajo nivel de actividad física con relación a la presencia o ausencia de los síntomas de la depresión. (16)

*En nuestro país se han realizado algunos estudios donde los datos encontrados fueron:
En el año 1994 (tesis) Medición de la depresión en estudiantes de 5to y 6to año de la Carrera de Médico y Cirujano de la USAC. De los 48 alumnos estudiados de ambos sexos el 50% presentó desordenes de la personalidad y el 80% refirió que la práctica hospitalaria produce depresión.(12)*

Se realizó medición de la depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt Antigua Guatemala en el año de 1997 (tesis). Los resultados revelaron que el 32% de la población presentó algún grado de depresión.

En el año de 1998 (tesis) se determinó depresión en estudiantes de 4to y 5to año de la Carrera de Ingeniería de la USAC. Concluye que el grado de depresión más frecuente es el leve seguido de depresión moderada, además que el sexo más afectado es el femenino.

12.2 Etiopatogenia: (15)

Se acepta que la etiopatogenia de los trastornos afectivos (depresión-manía), como la de otros trastornos psiquiátricos, debe ser multifactorial entre factores biológicos asociados a factores sociales.

12.2 a. FACTORES BIOLÓGICOS (15,27)

GENÉTICA (15,27)

La predisposición hereditaria responsable de la depresión endógena hace que esta enfermedad tenga una cierta presentación familiar. Entre los progenitores, los hermanos y los hijos de un depresivo endógeno suele haber entre el 15 y el 20 por ciento de individuos afectados por la misma enfermedad. Cuando el vínculo de parentesco consanguíneo con el depresivo es menor, así entre los tíos, los primos y los sobrinos, el riesgo de contraer la enfermedad depresiva experimenta un notable descenso.

En las parejas de gemelos la predisposición genética hace que la concordancia para padecer una depresión endógena sea considerablemente mayor entre los gemelos idénticos, también llamados gemelos verdaderos o monocigóticos, con una cifra entre el 60 y el 70 por ciento, que entre los fraternos, falsos o dicigóticos, en los que la tasa de concordancia para la depresión no pasa del 20 por ciento. Ello se debe a que en tanto los monocigóticos reciben los mismos genes de ambos progenitores, en los dicigóticos el parecido genético es el mismo que entre los hermanos habituales.

El hecho de que la concordancia para la depresión endógena ni siquiera se aproxime al cien por ciento entre los gemelos idénticos, denota cómo la predisposición hereditaria depresiva suele precisar para manifestarse el concurso de otros factores. Otros factores genéticos son la posible vinculación de un gen dominante vinculado al cromosoma X, el estudio directo de los rasgos ligados X, también se han escrito asociaciones a HLA sin embargo, existen dudas en la significación de estos hallazgos vinculados a X.

Dentro del conjunto de los depresivos endógenos la heredabilidad se muestra mucho más poderosa en los trastornos bipolares tipo I, los antiguamente denominados psicóticos maniaco depresivos. La sobrecarga familiar en ellos es particularmente elevada y su concordancia en parejas de gemelos monocigóticos asciende al 80 por ciento. (15)

12.2 b. OTROS FACTORES BIOLÓGICOS

Además de los estudios genéticos otros factores biológicos pueden ser significativos en la etiológica por lo que se han realizado varios estudios de investigación:

Estudios endocrinos

Estudios de bioquímicos

Estudios electrofisiológicos.

Estudios Endocrinos:

Los deprimidos con frecuencia tienen elevación de las concentraciones de esteroides corticales en sangre y orina y por lo menos la mitad no puede suprimir la secreción de cortisol después de la administración de dexametasona. El test de supresión de dexametasona es un test de laboratorio utilizado para determinar el estado depresivo endógeno, el test consiste en administrar a la hora de acostarse un miligramo de dexametasona oral y en

recoger varias muestras seriadas de plasma al día siguiente, habitualmente a las 8 a.m. a las 4 p.m y 11 p.m. Aproximadamente el 98 % de los pacientes normales muestran la supresión del nivel de cortisol. Esto se considera un hallazgo negativo, sin embargo, un 50% de los pacientes con depresión endógena, esta supresión no tiene lugar. En aquellos pacientes, el cortisol escapa a la acción supresora de la dexametasona y el hallazgo se considera positivo. Un nivel de cortisol en suero mayor de 4.5 a 5 microgramos por decilitro para cualquiera de las muestras de sangre es anormal. Se cree que el test refleja un cambio de la actividad del eje hipotalámico-hipofisiario suprarrenal en pacientes deprimidos. El test de supresión de dexametasona se utiliza más bien actualmente como instrumento de investigación.

La reacción a la hormona estimulante de la tiroides con la hormona liberadora de tirotropina también está aumentada en muchos deprimidos, aún cuando la concentración sanguínea de T3 y T4 este normal.⁽¹⁵⁾

La hormona del crecimiento, prolactina, hormonas gónadales y melatonina, también tienen reacciones diminutas en subgrupos de trastornos afectivos. Aunque ninguno de estos hallazgos es específico para algún tipo de enfermedad depresiva o consistente en todas las enfermedades depresivas, sugieren sin embargo una disfunción hipotálamo hipofisiaria en todos los trastornos afectivos. ⁽¹⁵⁾

Estudios electrofisiológicos:

Se concentran en las disfunciones del sueño, en especial en cambios en el patrón de sueño REM, durante los episodios de la enfermedad hay un subgrupo de pacientes con trastornos afectivos donde se acorta la latencia del sueño REM durante episodios de la enfermedad; este cambio ha sido relacionado con trastornos del metabolismo de la melatonina.⁽¹⁵⁾

Estudios bioquímicos – neurotransmisores ⁽²⁷⁾

Se considera que por lo menos los casos más graves de los trastornos afectivos son causados por factores biológicos se han investigado algunas hipótesis donde las más sobresalientes y más importante se encuentra la Hipótesis de la serotonina.

➤ **Hipótesis catecolaminérgica**

Esta hipótesis se apoya en la observación de mejoría clínica de la depresión con antidepresivos Inhibidores de la monoaminoxidasa y tricíclicos producen un aumento de las catecolaminas cerebrales induciendo a estados maníacos. En síntesis, la depresión sería el resultado de un déficit central de Sodio, y que la manía podría deberse a un exceso cerebral de este neurotransmisor.

➤ **Hipótesis de la Acetilcolina**

La relación de acetilcolina ha sido implicada también en la depresión por que ciertos pacientes depresivos se deprimen aun más cuando se aumenta la actividad de la acetilcolina del sistema nervioso central. El sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la reducción de la latencia REM en la depresión puede reflejar hiperactividad de la acetilcolina del sistema nervioso central.

➤ **Hipótesis de la Serotonina**

La serotonina, otra amina biogénica se distribuye en el sistema nervioso central y es producida por las células del núcleo dorsal del rafe que envían fibras ascendentes que hacen contacto con neuronas de la corteza prefrontal, el hipocampo, la amígdala cerebral el tálamo e hipotálamo. Su utilidad biológica es mediada por receptores 5-HT_{2A} post-sinápticos mientras que los 5-HT_{1A} son los auto receptores inhibidores de la terminal pre-sináptica. En los pacientes deprimidos se ha demostrado una menor actividad de los circuitos de serotonina y noradrenalina, acompañado por hipo metabolismo de la corteza prefrontal y el hipocampo. Así como un aumento en la actividad de la amígdala cerebral y el giro de cíngulo, las que desaparecen con tratamiento antidepresivo en etapas iniciales de la depresión se da un fenómeno de compensación por medio de una menor actividad de los auto receptores inhibidores que favorece la liberación de neurotransmisores e hipersensibilidad de los receptores pos-sinápticos que permite responder aun con bajos niveles de neurotransmisor, con el paso del tiempo estos mecanismos se agotan y aparecen las manifestaciones clínicas. (27)

➤ **Hipótesis de la dicotomía Norepinefrina/Serotonina**

Supone la existencia de dos tipos de depresión, una causada por la deficiencia de Serotonina y la otra por deficiencia de la Norepinefrina. Esta hipótesis no ha sido sustentada por estudios de laboratorio, además es sabido que la mayoría de los antidepresivos tienen efecto tanto sobre Norepinefrina como sobre Serotonina.

➤ **Hipótesis de los opioides**

Esta postula que la depresión es causada por la disminución cerebral de sustancias semejantes al opio, producidas de manera natural por el propio sistema nervioso. El uso de agonistas o antagonistas no ha podido corroborar ésta hipótesis.

➤ **Hipótesis psicobiológica de vía final común**

Considera que la participación conjunta de las siguientes condiciones determina los estados afectivos.

- *Vulnerabilidad biológica*
- *Historia personal del paciente*
- *Desencadenantes psicosociales*
- *Condición fisiológica general*
- *Rasgos y organización de la personalidad*

12. 2 c. FACTORES PSICOSOCIALES⁽¹⁵⁾

Sucesos de la vida y estrés ambiental.

La mayoría de los clínicos e investigadores norteamericanos han compartido la convicción de que existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. Las discusiones de casos clínicos, con frecuencia incluyen afirmaciones e relacionan el estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos.

En estas discusiones, se considera que los sucesos de la vida desempeñan un papel importante en la etiología de la depresión, al menos en su origen. La teoría de la causa ambiental de los trastornos afectivos tiene numerosas fuentes: el enfoque psicobiológico general de Adolf Meyer, las observaciones psicológicas en las reacciones a la pérdida, y los estadios psicopatológicos que relacionan la presencia o ausencia de sucesos precipitantes con la situación de los pacientes a lo largo del continuo endógeno-reactivo.

12.2 d. FACTORES DE PERSONALIDAD Y PSICODINAMICOS ⁽¹⁵⁾

Por lo general, se cree que las personas proclives a la depresión se caracterizan por un bajo amor propio, súper yo fuerte, relaciones interpersonales de pendientes y una limitada capacidad para las relaciones objéctales maduras y duraderas. Aunque estos rasgos son comunes entre los sujetos depresivos, no se ha establecido ningún rasgo de constelación o tipo de personalidad como singularmente predispuesto a la depresión. Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica) pueden estar en mayor riesgo de depresión que el tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección y otros modos de defensa exteriorizantes.

Trastornos Depresivos Secundarios

Depresión debida a sustancias

Depresión debida a condición o enfermedad médica

Depresión secundaria a otro Trastorno Mental

La depresión también puede ocurrir con un cierto número de enfermedades o trastornos físicos. Los trastornos físicos pueden causar una depresión directamente o indirectamente. Varios fármacos, sobre todo los usados para tratar la hipertensión arterial, pueden causar depresión. Por razones desconocidas, los corticosteroides a menudo causan depresión cuando se producen en grandes cantidades en el contexto de una enfermedad, como en el síndrome de Cushing, pero tienden a causar euforia cuando se administran como tratamiento. Ver tabla 1.

TABLA I.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS	TRATORNOS HORMONALES
<i>Fármacos Antipsicóticos</i> <i>Betabloqueadores</i> <i>Cimetidina</i> <i>Contraceptivos orales</i> <i>Cicloserina</i> <i>Indometacina</i> <i>Mercurio</i> <i>Metildopa</i> <i>Reseprina</i> <i>Talio</i> <i>Vinblastina</i> <i>Vincristina</i> INFECCIONES <i>SIDA</i> <i>Gripe</i> <i>Mononucleosis</i> <i>Sífilis</i> <i>Tuberculosis</i> <i>Hepatitis vírica</i> <i>Neuomonía vírica</i>	<i>Enfermedad de Adison</i> <i>Enfermedad de Cushing</i> <i>Altos valores de hormona paratifoidea</i> <i>Valores bajos y altos de hormona tiroidea</i> <i>Valors bajos de hormonas hipofisarias</i> ENFERMEADES DEL TEJIDO CONECTIVO <i>Artritis Reumatoide</i> <i>Lupus eritematoso sistémico</i> TRASTORNO NEUROLOGICOS <i>Tumores cerebrales</i> <i>Lesiones craneales</i> <i>Esclerosis multiple</i> <i>Enfermedad de Parkinson</i> <i>Apnea del sueño</i> <i>Accidente vasculares cerebrales</i> <i>Epilepsia del lóbulo temporal</i> TRASTORNOS NUTRICIONALES <i>Pelagra</i> <i>Anemia pearniciosa</i> CÁNCER

12.3. CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN:

La clasificación de una enfermedad puede basarse en la etiología, los síntomas, la evolución, o bien el momento de la vida en que se presenta la afección . (29,25,18)

También se puede dividir las formas de depresión en primarias y secundarias según que la dolencia sea única o dominante, o bien obedezca algún otro trastorno, como alcoholismo, drogadicción o alguna enfermedad de carácter médico.

Existe una subdivisión nosológica en tres grupos principales:

- *Somatógena, de causa orgánica conocida y demostrable.*
- *Endógena, enraizada en terreno constitucional hereditario.*
- *Psicógena, Relacionada con conflictos emocionales, ambientales o de personalidad.*

12.4. SISTEMAS CLASIFICATORIOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y ALTERACIONES DEL HUMOR ⁽¹⁵⁾

Existen dos sistemas clasificatorios muy conocidos de los trastornos psiquiátricos y en particular, las alteraciones del humor. Estos son: La clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, de la Organización Mundial de la Salud (1992), que se encuentra en el manual de la Clasificación Internacional de las enfermedades, que al momento lleva ya diez revisiones (CIE 10), y de la Asociación Americana de Psiquiatría; la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (1980) (DSM -IV) el cual lleva ya una revisión (DSM - IVR)

12.4 a. CLASIFICACIÓN CIE 10 ⁽¹⁷⁾

*Episodio depresivo (leve, grave, moderado y sin especificación)
Trastorno afectivo bipolar
Trastorno depresivos recurrentes
Trastornos del humor (afectivos) persistentes (incluyendo distimia)
Otros trastornos del humor*

12.4 b. CLASIFICACIÓN DSM IV R ⁽²⁴⁾

TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO

*Trastornos depresivos (345)
F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único
F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante
Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito.
0= Leve
1= Moderado
2= Grave sin síntomas psicóticos
3= Grave con síntomas psicóticos
4= En remisión parcial
4= en remisión total
9= No especificado
F34.1 Trastorno distímico (352)
F32.9 Trastorno depresivo no especificado (357)*

TRASTORNOS BIPOLARES (358)

*F30.x Trastorno bipolar I, episodio maníaco único (358)
Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:
1= Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos
2= Grave con síntomas psicóticos
8= En remisión parcial o total
F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco (358)
F31.x Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco (358)
Codificar el estado actual del episodio maníaco en el cuarto dígito:*

1= Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2= Grave con síntomas psicóticos

7= En remisión parcial o total

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto (358)

F31.x Trastorno bipolar I episodio más reciente depresivo (358)

Codificar el estado actual del episodio depresivo mayor en el cuarto dígito:

3= leve o moderado

4= grave sin síntomas psicóticos

5= grave con síntomas psicóticos

7= En remisión parcial o total

F31.9 Trastorno bipolar I episodio más reciente no especificado (358)

F31.8 Trastorno bipolar II (367)

F34.0 Trastorno ciclotímico (371)

F31.9 Trastorno bipolar no especificado (374)

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a... (indicar enfermedad médica) (375)

.32 Con síntomas depresivos

.32 Con síntomas de depresión mayor

.30 Con síntomas maníacos

.33 Con síntomas mixtos

F32.0 Episodio depresivo leve

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

F32.00 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.

F32.01 Con síndrome somático:

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.1 Episodio depresivo moderado

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

F32.10 Sin síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.

F32.11 Con síndrome somático:

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sea importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntoma psicóticos.

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática) con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de ínter consulta de hospitales generales.

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión “enmascarada” sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

12.5 OTROS TIPOS DE DEPRESIÓN

TRASTORNO DEPRESIVO MENOR^(15,24)

La característica esencial de este trastorno es la presencia de uno o más episodios de síntomas depresivos con una duración idéntica a los de la depresión mayor. Pero con menos síntomas y un menor deterioro global. Un episodio de estas características comporta un estado de ánimo triste deprimido. O una pérdida del interés o del placer ante prácticamente cualquier actividad. Debe haber más de dos síntomas adicionales. Pero menos de 5. En el inicio del episodio los síntomas son de nueva aparición o representan un claro empeoramiento respecto al estado previo del individuo.

TRASTORNO DEPRESIVO BREVE RECIDIVANTE ⁽¹⁵⁾

La característica esencial de este trastorno es la aparición de carácter recidivante de episodios de síntomas depresivos idénticos a los de la depresión mayor en cuanto a número y gravedad pero con la salvedad de que no cumplen el criterio de duración de dos semanas. Los episodios de este trastorno duran más de dos días, pero menos de 2 semanas, siendo lo más típico de dos a cuatro días. Los episodios se repiten una vez al mes como mínimo y durante un período de 12 meses consecutivos, y no se asocian exclusivamente al ciclo menstrual. Estos episodios pueden incluir deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes del individuo.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR⁽²⁴⁾

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día,

casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal pero a costa de un esfuerzo muy importante.

DEPRESIÓN MAYOR CON MELANCOLÍA (15)

Se ha denominado también depresión endomorfica o endógena. El síndrome se compone al menos de 4 hipótesis: Existe una covariación de síntomas, con lo que un grupo central de síntomas que incluyen el retraso, el despertarse pronto por la mañana, pérdida de peso, sentimientos de culpa y no-reactividad se presenta conjuntamente. Existe dificultad para solicitar una historia de los sucesos recientes y de los precipitantes por ello se ha desarrollado la idea de depresión reactiva, que se produce en respuesta a una pérdida reciente, desaliento, estrés, y otros sucesos externos. Existe una correlación con la edad; los pacientes de avanzada edad tienen más posibilidades de ser endógena y los jóvenes, más probabilidad de ser reactivos.

DISTINCIÓN UNIPOLAR-BIPOLAR (15)

Los pacientes con historia de episodios maníacos (bipolar) son diferenciados de los pacientes que tienen solo episodios depresivos recurrentes (unipolar). Los pacientes con trastorno bipolar muestran una frecuencia mucho mayor de historia familiar positiva que los pacientes que solo tienen depresión. Los estudios psicofarmacológicos también indican diferencias de respuesta a los fármacos psicoactivos entre los pacientes bipolares y los depresivos. Los pacientes con trastorno bipolar tienen más probabilidad de desarrollar respuestas hipomaníacas a la dopa o la imipramina y otros trisíclicos que los pacientes deprimidos.

TRASTORNO DISTÍMICO (15)

Es una alteración crónica no psicótica que supone a un humor deprimido o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades y pasatiempos cotidianos.

Por lo general, los síntomas asociados no son de suficiente actividad para satisfacer los criterios de la depresión mayor. El trastorno distímico se define como una enfermedad duradera de al menos dos años con alteraciones intermitentes o sostenidas del humor deprimido y síntomas asociados. El trastorno puede empezar al comienzo de la edad adulta, a menudo sin un claro comienzo.

DEPRESIÓN ATÍPICA (15)

Es una categoría residual para clasificar a los pacientes con rasgos depresivos que no pueden ser clasificados como trastorno afectivo mayor o trastorno distímico o como un trastorno de adaptación. Los ejemplos incluyen: 1) un trastorno que no satisface los criterios sintomáticos de trastorno afectivos mayor, y que aparentemente no reacciona al estrés psicosocial, por lo que no puede ser clasificado como trastorno de adaptación; 2) un trastorno que satisface unos criterios de trastorno distímico con excepción de que ha habido

períodos intermitentes de humor normal que han durado más de dos meses; 3) una pauta de reacciones depresivas cortas tras un rechazo personal de otra forma de vínculo afectivo, durante una forma de esta condición, la persona puede mostrar síntomas como sería exceso en la alimentación, sueño desmedido y letargia en ausencia de rasgos endógenos significativos; cuando tiene lugar en una persona con trastorno de personalidad histriónica, el síndrome ha sido denominado por algunos autores como disforia histeroide; y 4) un episodio diferenciado y mantenido de depresión en un paciente con esquizofrenia, de tipo residual que se desarrolla sin una activación de los síntomas psicóticos, y no es una reacción aparente a un factor estresante psicosocial.

DEPRESIÓN NEURÓTICA⁽¹⁷⁾

Trastorno neurótico caracterizado por depresión desproporcionada que se reconoce generalmente como consecutiva a una experiencia aflictiva; no comprende entre sus características las ideas delirantes ni las alucinaciones y a menudo, hay preocupación por el trauma psíquico que precedió a la enfermedad, Ej. pérdida de una persona querida o de una propiedad. Es frecuente que se manifieste también ansiedad; por consiguiente, los estados mixtos de ansiedad y depresión deberían ser incluidos en esta subcategoría.

RASGOS CLÍNICOS ⁽¹⁷⁾

Como sintomatología depresiva se considerará lo siguiente:

Dimensión:

Física:

Disminución o aumento del apetito.

Disminución o aumento del sueño.

Lentitud o aceleración de los movimientos.

Falta de energía.

Psicológica:

Estado de animo depresivo.

Disminución del interés por las actividades de la vida diaria.

Sentimiento de inutilidad.

Disminución de la concentración.

Ideas recurrentes de muerte.

Sentimientos de culpa.

RITMOS BIOLÓGICOS: ⁽¹⁷⁾

Los trastornos crono biológicos son frecuentes y típicos de las depresiones endógenas, sobre todo en las formas bipolares. Se concede cada vez más importancia a la relación de la afectividad y el período menstrual, pues además de los datos de disforias y actos delictivos e ingresos hospitalarios psiquiátricos durante estos días, se sabe que ciertos trastornos premenstruales son formas de depresión bipolar. Disminuye el impulso sexual, anorexia, pérdida de peso.

TRASTORNOS DEL SUEÑO (17)

Estos son una constante y frecuentemente uno de los primeros síntomas; insomnio inicial en las depresiones psicógenas y despertar precoz en las endógenas, (20% de las depresiones en general bipolares presentan hipersomnia. Se estima que un 85 a 95 % del número de pacientes deprimidos se quejan de insomnio. La queja del paciente deprimido es esencialmente subjetiva. El paciente deprimido a veces pasa mucho tiempo en cama pero duerme poco o mal. Las perturbaciones del ciclo del sueño/ vigilia a saber, durante el día (menor energía) o por la noche (insomnio o intermedio y tardío), son resultados psicopatológicos del aumento de actividad

12.6 FICHA CLÍNICA⁽¹⁷⁾

Historia Clínica

La historia es el aspecto más importante de la evaluación y hay 5 puntos importantes que deben ser valorados en cada caso.

Historia Familiar

- *Hay historia familiar de depresión, demencia u otra enfermedad psíquica*
- *A vivido algún familiar del paciente tanto como él u a muerto por otras causas en el comienzo de la depresión.*
- *Enfermedad Psiquiátricas previas*
- *Ha tenido el paciente historia psiquiatría personal de algún tipo*
- *Hay historia de abuso de drogas o alcohol o asido tratado alguna vez por trastorno fóbicos o ansiedad.*
- *Existe alguna historia personal de depresión y como fue tratado, que clase de recuperación.*
- *Se trato al paciente con terapia electro convulsiva*
- *Tuvo algún tipo de reacción adversa ante ella o ante alguna otra clase de tratamiento antidepressivo.*

Personalidad

- *Cual es el tipo de personalidad y la adaptación y rendimiento del paciente cuando, cuando se encuentra bien.*
- *La información sobre este aspecto de su vida, debe recogerse de cualquier persona que conozca bien al paciente desde unos cuantos años atrás.*
- *Tiene el paciente un riesgo significativo de llevar a cabo un intento de suicidio*
- *Ha realizado algún intento previo contra su vida*

Historia Social

- *Cual es el mejor nivel de funcionamiento del paciente*
- *Vive solo*
- *Sale con frecuencia*
- *Tiene algún tipo de ayuda en su casa*

Trastornos Somáticos.

- *Hay trastornos somáticos pasados o presentes.*
- *Que Fármacos toma el paciente.*
- *Desarrollo de síntomas depresivos.*
- *Cuando se observaron los primeros síntomas.*
- *Se ha incrementado la sintomatología de forma lenta o rápidamente.*

EXPLORACIÓN FÍSICA ⁽¹⁷⁾

El examen físico del paciente deprimido es importante porque los síntomas depresivos acompañan, con frecuencia a las enfermedades medicas. La depresión puede ser un síntoma de una enfermedad física actual como por ejemplo. En la enfermedad de Cushing, o de carcinomas ocultos en el pulmón, intestino delgado, o Páncreas. Otra alternativa es que la depresión puede surgir secundariamente a la incapacidad o a los padecimientos como por ejemplo, Sucede con la enfermedad de Paget. Además del examen físico rutinario de los síntomas principales, el paciente debería ser valorado en cuanto a su estado nutricional y de hidratación debido que puede que no haya sido capaz de mantener una adecuada alimentación y toma de líquidos antes de la presentación de la sintomatología.

El paciente deprimido no muestra signos de claro déficit neurológico o de reflejos primitivos anormales, como si los presenta un paciente con un trastorno orgánico.

EXAMEN COGNITIVO ⁽¹⁷⁾

Todos los pacientes que padezcan depresión, debería someterse a un breve examen cognitivo con, por ejemplo, un instrumento como el mini-examen cognoscitivo-mini mental test, (MMSE)- o el test mental abreviado- Abbreviated Mental Test Score, (Amts).

La depresión es una característica común en la demencia de comienzo temprano y además los trastornos en estado de animo pueden causar deterioro en la memoria y la concentración. El AMTS puede ser utilizado como un primer despistaje de perdidas de memoria, mientras el MMSE estaría mas indicado para detección de problemas cognitivos más complejos en paciente con sospecha de depresión o / y demencia. Las puntuaciones reducidas en cualquiera de ellos, plantearan la necesidad de un examen del estado mental y déficit cognitivos mas completo con evaluaciones sucesivas, que se realizarían a medida que se trata el estado de animo. Los enfermos con depresión secundaria a demencia no mostraran mejoría en su función cognitiva a medida que su animo mejora, por lo que continuarán presentando un deterioro cognitivo.

EXAMEN MENTAL ⁽¹⁷⁾

Apariencia y Comportamiento:

El paciente depresivo quizá se haga notar por su desaliño en vestimenta y peinado. Su semblante se distingue por las comisuras de la boca torcidas hacia abajo, el entrecejo fruncido verticalmente, formado el llamado signo Omega, y el pliegue de Veraguth en el párpado superior. Sus movimientos lentos y cortos con manifestaciones aisladas de ansiedad o agitación. Hipotonía vital, el descuido personal expresa un total abandono y desinterés, tanto por su persona como por las relaciones interpersonales y sociales.

Ánimo-Afecto: *Sentimientos psicopatológicos de tristeza, melancolía o desesperación, miedo, culpabilidad o anhelo, apatía, retraimiento desidia, abatimiento, falta de ilusión y desánimo, irritable.*

Pensamiento: *La persona deprimida esta preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del efecto de este sobre su vida. Dificultad para recordar las alegrías del pasado, y su visión de la vida es gris; sus pensamientos están disminuidos en cantidad aunque pueda ser sensible, el paciente muestra, con todo, poca iniciativa o espontaneidad; responde a preguntas pero no ofrece nuevos datos o temas, y su vida mental presenta poca variedad. La inhibición, que puede llegar al estupor, es típica en depresiones endógenas especialmente bipolares.*

Memoria: *Falsificación de la memoria por medio de la distorsión del recuerdo.*

Atención-Concentración: *Disminución e incapacidad para concentrar la atención, distracción, bloqueo de las cosas que generan ansiedad, esfuerzo ejercido para centrarse en ciertas porciones de una experiencia.*

Funciones Intelectuales: *Incapacidad para comprender, incapacidad para movilizar e integrar de forma constructiva el aprendizaje a enfrentarse a nuevas situaciones.*

12.7 PRUEBAS DE LABORATORIO: ⁽¹⁷⁾

Urea y electrólitos:

Pueden estar alterados por deshidratación en los depresivos severos.

Las alteraciones metabólicas ocasionan intranquilidad, agitación y confusión.

Es muy importante detectar anomalías metabólicas antes de dar inicio a la farmacoterapia.

Hemograma completo y velocidad de sedimentación:

Las infecciones crónicas, pueden ocasionar depresión,

esto puede ser sugerido por un incremento en los glóbulos blancos o en una v/s elevada.

La anemia provoca lasitud.

B12 y folatos:

La deficiencia puede darse por una dieta pobre en los depresivos crónicos, y puede conducir a la alteración de las funciones cognitivas y estados confusionales.

Pruebas de función tiroidea:

Sus alteraciones pueden ocasionar depresión

Test de supresión dexametasona

Radiografía de tórax

Los carcinomas pueden ocasionar depresión

Las enfermedades pulmonares crónicas o insuficiencia cardiaca pueden contribuir directa o indirectamente a la depresión.

Exploraciones adicionales:

Serología de Lues

Electrocardiograma

Electroencefalograma

TAC

13. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR (17,18,19,30)

Quizá no sorprenda que las personas mayores sufran de depresión. Las últimas décadas de la vida conllevan un desplome de las relaciones sociales, mayor número de enfermedades y una disminución en su nivel de vida.

Los ancianos pueden seguir siendo individuos útiles, capacitados y confiables hasta el momento de su muerte; sin embargo hay muchos de ellos que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socioeconómicas, físicas, psicosociales que influye en el funcionamiento, teniendo como conciencia la presencia de algunos de los síntomas y signos comunes del envejecimiento patológico.

13.1 EPIDEMIOLOGÍA: (15,17,23)

Según cifras de la Asociación Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, un 15% de las personas mayores de 65 años presenta síntomas de depresión.

Las tasas evaluadas de depresión en los ancianos (tanto la prevalencia como la incidencia) dependen tanto de las poblaciones estudiadas como de las definiciones de depresión utilizadas. Los estudios realizados en la comunidad española encuentran síntomas de depresión en más del 115% de los ancianos; la prevalencia de trastorno depresivo mayor es inferior (<4%). Las tasas de depresión mayor no muestran una diferencia marcada entre sexos, aunque los síntomas de depresión son considerablemente más frecuentes en mujeres. La epidemiología no ha logrado dar una respuesta a la cuestión de si la incidencia de la enfermedad depresiva aumenta en las personas de mayor edad.

Aunque un número importante de ancianos tienen síntomas significativos de depresión, la prevalencia de trastorno depresivo mayor es muy similar a la observada en la población más joven. Uno de los mayores estudios mundiales - El epidemiologic Catchment Área (ECA) - encontró una prevalencia en la comunidad de enfermedad depresiva mayor en ancianos de tan sólo el 1%. Otros estudios sugieren que los más mayores son relativamente resistentes a las enfermedades depresivas. Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica. Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida.

La depresión es en términos relativos más frecuente en ancianos que acuden al médico general y está presente en una parte muy sustancial de ancianos hospitalizados y residentes en instituciones. Una serie de estudios ha encontrado una prevalencia de enfermedad depresiva mayor en aproximadamente el 20% de los internados en instituciones, con más del 40% de entre los residentes tanto en sanatorios como en instituciones residencia o de asistencia social. En gran parte, los ancianos que residen en la comunidad, representan una población "sobreviviente" más sana, mientras que los que viven en residencia o sanatorio, están seleccionados por una alta morbilidad física y mayor vulnerabilidad psíquica.

Una pequeña minoría de pacientes deprimidos intenta suicidarse, la mayor parte de individuos con una historia de tentativas grandes de suicidio están deprimidos. Esto es especialmente cierto en los ancianos. Casi el 100% de los ancianos que intenta suicidarse presentan síntomas de depresión . El 17% exacto de todos los suicidios documentados corresponde al 11% de la población con una edad superior a los 65 años. Existe un grupo principalmente responsable de esta tasa elevada los varones de raza blanca.

13.2 ETIOLOGÍA⁽¹⁷⁾

Los ancianos están expuestos a muchos factores relacionados con el riesgo de padecer depresión. (Ver Tabla II.)

TABLA II
ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS QUE PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN EN ANCIANOS

1. SOCIAL
➤ <i>Contactos sociales reducidos</i> ➤ <i>Soledad</i> ➤ <i>Clase social</i> ➤ <i>Estado civil</i> ➤ <i>Etnia</i>
2. PSICOLOGICA
➤ <i>Pobre autoestima</i> ➤ <i>Carencias en la capacidad de lograr intimidad</i> ➤ <i>Historia familiar de depresión o alcoholismo</i> ➤ <i>Perdida de seres queridos (viudedad)</i> ➤ <i>Graves problemas económicos</i> ➤ <i>Abandono obligado del hogar</i>
3. NEUROBIOLOGICA
➤ <i>Perdidas neuronales</i> ➤ <i>Perdidas de neurotransmisores</i> ➤ <i>Riesgos genéticos</i> ➤ <i>Enfermedades físicas de tipo agudo por fracturas que producen inmovilidad física y de tipo crónicas por enfermedad común como por ejemplo diabetes mellitas, hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares etc.</i>

Fuente: Kaplan, H.I. Compendio de Psiquiatría y Lovestone, S. Depresión en el anciano

13.2 a FACTORES NEUROBIOLÓGICOS (17)

Un aspecto de considerable interés y que despierta gran atención es el que plantea si el cerebro de una persona mayor es más vulnerable a la depresión. Jacoby y Levy demostraron en tomografías computarizadas (TAC) que la densidad del tejido cortical en un grupo de pacientes que padecían depresión era más similar a un grupo de dementes que a los de controles normales. La evidencia funcional de unas reservas corticales reducidas queda constatada por la existencia de un deterioro cognitivo en los períodos de depresión, y no recuperan la normalidad, tras restaurarse el estado de ánimo, en una proporción alta de los pacientes. Estos estudios sugieren que la depresión senil puede ser la resultante de un proceso neurodegenerativo, así como la depresión puede ser un síntoma de demencia.

Se ha encontrado evidencias de una reducción en la actividad de los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgico y dopaminérgico que actúan en el cerebro dependiente de la edad. Para la función serotoninérgica en particular, la actividad se reduce a la mitad en las personas mayores de 80 años, comparados con aquellas personas de más de 60 años. De también se han sugerido cambios neuroendocrinos como factores modificadores de la vulnerabilidad a la depresión y el control regulador hormonal pueden estar alterado en los ancianos.

13.2 b ENFERMEDADES FÍSICAS (17,9)

Causan morbilidad depresiva directa o indirectamente. Los estudios de Murphy demostraron originariamente que las enfermedades físicas son uno de los principales elementos que aumentan la vulnerabilidad para padecer episodios depresivos. La aparición de enfermedades físicas frecuentemente precipita episodios depresivos y contribuye a que se conviertan en crónicos.

Las enfermedades crónicas en los ancianos también contribuyen indirectamente a la depresión, al contrario de las enfermedades agudas o infecciosas, poseen características diferenciales. Son prolongadas, progresivas y (al menos, habitualmente) incurables. Aunque algunas enfermedades crónicas están causadas por agentes externos como los virus (p.ej., el SIDA), la mayor parte carecen de una causa externa identificable. Parecen generadas de forma interna, producidas por un fracaso dentro del propio organismo. Al tratar estas enfermedades, debe hacerse hincapié en la prevención y el tratamiento a largo plazo y no en una intervención a corto plazo que produzca una curación espectacular. El 85% de individuos de más de 65 años padece, como mínimo, una enfermedad crónica. Las enfermedades crónicas también constituyen, con mucha diferencia, la clase principal de problemas de salud en muchos países con un costo de billones de dólares en visitas médicas, en días laborables perdidos.

Un problema crónico, cuando es leve, no tiene por qué tener un impacto en el individuo. Pero si la enfermedad produce limitaciones en la movilidad ocasiona mayor dependencia de otros, dañando la salud mental de los ancianos.

Además de la influencia indirecta de las enfermedades físicas sobre el estado de ánimo, algunos trastornos provocan síntomas depresivos por mecanismos más directos. Los accidentes cerebrales vasculares se asocian con una alta incidencia de depresión mayor (entre un 20-24% en estudios recientes), particularmente en personas de edad avanzada. La depresión es más frecuente en aquellas personas con lesiones más extensas y con incapacidad funcional más grave.

Polifarmacia (17)

Los ancianos tienen una tendencia habitual no sólo a ser los receptores, sino quienes realmente sufren de la polifarmacia. Una amplia variedad de fármacos están asociados con el estado de ánimo depresivo, aunque no están demostrados y son desconocidos los mecanismos por los que algunos tipos de medicamentos afectan el estado de ánimo. La polifarmacia está ampliamente reconocida como una mala práctica en los ancianos y ocasiona un gran número de efectos secundarios, interacciones farmacológicas y mal cumplimiento, además de los efectos sobre el estado de ánimo.

13.2 c FACTORES PSICOSOCIALES (1,17)

Personalidad

Algunos autores han sugerido que los enfermos deprimidos con un comienzo de la enfermedad en los últimos años de su vida tienden a tener una personalidad más sólida que los deprimidos jóvenes. Estas depresiones de inicio más tardío, que se presentaron síntomas predominantemente neuróticos, presentan con frecuencia una tendencia a la ansiedad premórbida. La relación entre personalidad y depresión es un tema difícil.

Apoyo social

Entre los factores específicos de vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión en pacientes jóvenes, se incluye la pérdida de la madre antes de los 11 años y la carencia de una relación con una persona de confianza o un amigo íntimo. Mientras que el primero de dichos factores no ha sido confirmado en todos los estudios sobre los pacientes ancianos depresivos, la carencia durante toda una vida de capacidad para llegar a la intimidad puede ser importante, y algunos estudios han sugerido que, particularmente en los hombres, la ausencia de una relación personal de confianza es el factor de vulnerabilidad más importantes para el desarrollo de la depresión.

El estar casado es un factor de protección frente a la depresión, especialmente en los varones. Los episodios depresivos son más frecuentes en viudos o divorciados, aunque esto no implica que la ausencia de una pareja da como resultado la aparición de depresión, ya que en aquellos que nunca han contraído matrimonio se detectan tasas relativamente bajas de depresión.

Sin embargo, estar al cuidado de otro anciano está asociado con la depresión, aunque esta otra persona sea el cónyuge. La prevalencia de la depresión en los esposos / as que cuidan de pacientes con la enfermedad de Alzheimer ha sido, en algunos estudios, de hasta el 50% , aunque otros autores han observado tasas mucho más bajas. El cuidar un cónyuge con demencia siempre representa sobrellevar una pesada carga, aunque no siempre conduce a la depresión como resultado. Muchos aspectos de este cuidado pueden ser positivos y llegan a estimular la propia vida, especialmente cuando se trata de una pareja querida. La depresión es más frecuente cuando la persona que cuida del esposo enfermo mira a éste con un cierto desasosiego por haber padecido delirios o agresiones. (17,18)

Acontecimientos vitales

En los pacientes depresivos es más frecuente haber padecido acontecimientos vitales muy duros durante el año previo al desarrollo de su enfermedad, en comparación con ancianos sanos, como sería fallecimiento del cónyuge, graves problemas económicos o abandono obligado del hogar.

Se creía que la muerte de la pareja tenía un mayor impacto sobre el anciano viudo en caso de ser inesperada. No obstante, los estudios realizados no han confirmado dicha hipótesis, y la muerte del esposo tras una larga enfermedad puede ser igual de traumática. Las semanas inmediatamente siguientes a sufrir una pérdida son un periodo de un riesgo elevado para padecer episodios depresivos, necesitándose un apoyo adicional.

13.3 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS(17,18)

El amplio abanico de síntomas clínicos que se da en la depresión de comienzo precoz también ocurre en los ancianos. (tabla 3)

TABLA III
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

ELEMENTO	SÍNTOMAS
ESTADO DE ÁNIMO	<i>Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad (puede ser sustituido por quejas somáticas), accesos de llanto (aunque el paciente puede quejarse de incapacidad para llorar o para experimentar emociones).</i>
MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS	<i>Falta de confianza en sí mismo; baja autoestima; Remordimiento. Mala concentración y mala memoria. Reducción en la gratificación; pérdida de interés en las actividades usuales; pérdida de apegos; retracción social. Expectativas negativas; desesperanza; indefensión; mayor dependencia. Pensamientos recurrentes de muerte. Pensamientos de suicidio (infrecuentes pero graves).</i>
MANIFESTACIONES SOMÁTICAS	<i>Retardo psicomotor y fatiga. Agitación. Anorexia y pérdida de peso. Insomnio. El despertarse en la madrugada o dormir durante el día.</i>
MANIFESTACIONES PSICÓTICAS	<i>Es más frecuente la sintomatología paranoide, ideas delirantes de falta de valía y pecado. Ideas delirantes de mala salud (nihilistas, somáticas, o hipocondríacas) Ideas delirantes de pobreza. Alucinaciones depresivas auditivas, visuales y, con poca frecuencia, olfativas.</i>

Fuente: Kaplan, H.I. *Compendio de Psiquiatría* y Lovestone, S. *Depresión en el anciano*

Este cuadro depresivo es originado por varias modificaciones que se dan en la etapa senil tales como:

- *modificaciones físicas*
- *modificaciones afectivas*
- *modificaciones intelectuales*
- *modificaciones en la actividad sexual*

El curso de la depresión, especialmente en los más mayores, puede ser de una progresión muy lenta, con una apariencia muy similar a la distimia.

La presentación de la depresión con síntomas físicos requiere una cuidadosa atención sobre la propia sintomatología además de una búsqueda sistemática de los síntomas no aparentes (ocultos) de la depresión. , La comorbilidad es muy común y a menudo la investigación y el tratamiento de ambos: enfermedad física y depresión, necesariamente se da de forma simultánea.

El deterioro en el cuidado personal y el cambio en los hábitos alimenticios o la pérdida de peso pueden ser de los más precoces indicadores de la depresión, pero pueden también ser síntomas de la presentación de una demencia. La valoración cognitiva de los ancianos que padecen depresión nunca debería ser omitida. Un deterioro cognitivo en los enfermos depresivos puede ser indicativo de demencia, aunque puede ser secundario al humor depresivo.

13.3 a SÍNDROMES DEPRESIVOS EN LOS ANCIANOS ⁽¹⁷⁾

La mayoría de los episodios de depresión se pueden describir suficientemente a través de la práctica clínica como enfermedad depresiva mayor o menor. De todas maneras, un cierto número de presentaciones de otros síndromes ocurre en las personas mayores.

Depresión agitada

Hiperactividad, acatisia, movimiento continuo y retorcimiento de las manos, son todos ellos indicadores de una depresión agitada. Esta presentación es particularmente dura para los familiares y los esposos ancianos de una persona con este padecimiento y que, además, sufra de insomnio. Ello exige apoyarles y proteger su propia salud, mediante asesoramiento. El cónyuge se encontrará, con frecuencia, exhausto y padeciendo él mismo algunos aspectos de la depresión. El tratamiento de los ancianos que sufren depresión agitada incluirá el tomar medidas de apoyo al esposo, tales como días de descanso en el cuidado.

Trastornos de somatización

Son rasgos esenciales con quejas somáticas recurrentes y múltiples para las cuales se busca atención médica aparentemente no se deben a una enfermedad física, que empiezan antes de la primera edad adulta tienen un curso crónico pero fluctuante. Es más común en las mujeres y tiende a manifestarse en familias. Parece estar significativamente asociado con las sociopatía y el alcoholismo. El rasgo clínico más característico son las quejas somáticas múltiples y vagas.

Con frecuencia los síntomas se presentan en una forma dramática, exagerada, emocional, dependiente, manipulativa, exhibicionista, narcisista, seductora lo que hace que el paciente busque atención médica y es raro el alivio completo de los síntomas con un pronóstico de curación bajo.

Pseudodemencia

Es un termino que ha sido utilizado para describir muchas y diferentes presentaciones. El uso más común del término, es para describir pacientes con depresión que se presentan con un aparente pérdida de memoria. Al contrario que los dementes, los pacientes con pseudodemencia son reacios a aceptar la evaluación cognitiva, son capaces de precisar el comienzo de su afectación y están muy confiados y pendientes de su déficit amnésico.

Depresión secundaria a demencia

La degeneración del sistema nervioso producida como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias provoca una pérdida de tejido cerebral, además de las características placas seniles y ovillos neurofibrilares. Adjunto con los invariables síntomas de pérdida de memoria, la depresión frecuentemente aparece como un síntoma secundario.

13.4 LA PEOR CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN: EL SUICIDIO⁽³⁰⁾

Las ideas suicidas acompañan con frecuencia a la depresión profundas en ancianos estas pueden quedar como deseos pasivos de morir o materializarse en intentos, tanto en forma planificada, enmascarados por caídas y accidentes, en los cuales realmente se realizan los deseos inconscientes de dar fin a la existencia.

El suicidio constituye uno de los principales riesgos en los ancianos, aunque en cualquier edad el hombre puede decidir interrumpir su vida en forma autoquirica. La senectud es una etapa en la que muchos seres humanos consideran esta salida como una solución, tanto a sus problemas como a su falta de perspectiva y seguridad futura. Esta situación esta condicionada muchas veces por el sentimiento de inutilidad o de considerarse un estorbo, la soledad es el factor de riesgo más alto en el anciano deprimido y su enemigo más peligroso es la tentación de abandonarse. Cuando se vive solo, no se posee afectos cercanos que brinden amparo, se incrementan las limitaciones físicas, el aburrimiento y el pesimismo.

Consideramos que los principales factores que contribuyen a precipitar la conducta suicida en el anciano según los criterios de Seidel son:

- a. Pérdida de afectos cercanos*
- b. Concepción egoísta o individualista*
- c. Fallos en la integración familiar o respaldo social*
- d. Rasgos de personalidad tendentes a resolver problemas más por acciones que por adaptaciones adaptativas*
- e. Antecedentes de suicidio en la familia, aceptación o idealización el gesto auto quirico como recurso ante situaciones intolerables para el sujeto*

14 MEDICIÓN DE LA DEPRESIÓN (4, 15, 23)

Se han empleado diferentes escalas de medición pero la mayor requiere demasiado tiempo para su aplicación.

En 1965 se publicó por primera vez la escala para Automedición de la Depresión EAMD, por el Dr. William W. K. Zung, destinada a medir cuantitativamente la depresión. Sus ventajas radican en su aplicación que requiere de poco tiempo. Abarca en sus preguntas los tres aspectos sintomáticos de la depresión, como son estados afectivos, estados fisiológicos y estados psicológicos. Mide la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico, dándole importancia a la presencia de un síntoma que puede tener importancia clínica. Comprende una lista de 20 declaraciones que se refieren a características específicas y comunes de la depresión, redactadas en un lenguaje común de fácil comprensión para el paciente. A cada pregunta se le asigna un valor de 1 a 4 puntos, donde el valor más alto nos da el signo o síntoma específico que el paciente manifiesta. Estos valores individuales se suman para darnos una calificación básica, que luego es trasladada al índice EAMD basado en 100%; De tal manera que un índice bajo señala poca o ninguna depresión, en tanto un índice alto señala una depresión de significación clínica. La calificación básica ya trasladada al índice EAMD se interpreta de la siguiente manera:

- *Puntuación de 25 a 50: En límites normales.*
- *Puntuación de 50 a 59 Depresión mínima o ligera*
- *Puntuación de 60 a 69 Depresión moderada o marcada*
- *Puntuación de 70 a 100 Depresión severa a extrema*

Sus ventajas radican en que su aplicación requiere de poco tiempo; descubre las depresiones ocultas (larvadas. También es útil para seguir el curso de una enfermedad y diferenciar la depresión de la ansiedad. Zung tomó elementos que conllevan características específicas: culpa, insomnio, inapetencia, acceso al llanto, constipación hasta llegar a gravedad que marca el suicidio. Afirma que esta escala es relativamente independiente con respecto a factores de edad, educación, estado marital, sexual, inteligencia, ingresos económicos familiares y situación social del paciente. La escala de Zung evalúa los aspectos afectivos, psicológicos y somáticos de la depresión. (33).

Generalmente se necesitan menos de cinco minutos para hacer la prueba. Los estudios estadísticos indican que las mediciones obtenidas de esta manera y/o pueden correlacionarse y/o relacionarse de manera segura con otras escalas de medición de la depresión que requieren más tiempo, que están en uso actualmente en 1964, Zung y Durham realizaron una investigación sobre la depresión, en 1965 publicaron los resultados. En el proyecto debían correlacionar la depresión o severidad del trastorno con otros parámetros, con la facilidad para despertar del sueño, y los cambios que se logran con el tratamiento. Zung y Durham se dieron cuenta que las escalas, hasta entonces, para medir la depresión eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores, y por otra parte, no eran auto aplicables por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por lo tanto Zung y Durham decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos:

- a. que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión
- b. que incluyera, por lo tanto, los síntomas más representativos de la depresión.
- e. que fuera breve y sencillo.
- d. de aplicación más cuantitativa.
- e. que pudiera ser auto-aplicada por el enfermo, con el fin de recobrar respuesta directa.

Con tal finalidad el primer paso fue la elaboración de una lista de síntomas que pudieran ser considerados como característicos de la depresión. Después de analizar los estudios de Orinker, Overall y Frcudaman, Zung y Durhant concluyeron que los síntomas deberían abarcar; alteraciones fisiológicas y psicológicas. Después de un estudio cuidadoso consideraron que incluirían:

- a. deprimido triste
- b. accesos de llanto

Equivalentes fisiológicos:

A. alteración de lo hábitos

B. variación diurna:

- 1. Exageración de los síntomas en la mañana, alivio parcial durante el día.
- 2. Despertar del sueño temprano
- 3. Pérdida del apetito
- 4. Pérdida de peso
- 5. Disminución de la libido

B. otras alteraciones:

- 1. constipación.
- 2. taquicardia.
- 3. fatiga.

Equivalentes psicológicos:

A. actividades psicomotoras:

- 1. Agitación.
- 2. Lenificación.

B. Ideacionales:

- 1. confusión,
- 2. sensación de vacío,
- 3. desesperanza.
- 4. indecisión.
- 5. irritabilidad.
- 6. insatisfacción.
- 7. devaluación personal.
- 8. ideación suicida.

Una vez definidas las áreas por investigar se elaboraron 20 reactivos que se referían a la misma, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio; los ítems seleccionados y la correlación de los síntomas por investigar se describen en el cuadro 1. Como puede apreciarse, los enunciados de la escala están redactados en lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincida con las áreas correspondientes. En los planteamientos negativos, las palabras que están en letra mayúscula destacan el elemento que no corresponda a la realidad clínica del paciente.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio:

Se realizó una investigación cuantitativa. Por el tiempo de ocurrencia de los hechos el estudio fue de tipo prospectivo; por el período que abarcó transversal; por el análisis y alcance de resultados descriptiva

2. Área de estudio:

Pacientes mayores de 60 años que se encontraron en la sala de espera de Consulta Externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala).

Durante los meses de Diciembre 2003 - Enero 2004

3. Universo y muestra:

Se tomó una muestra aleatoria por conveniencia de 376 pacientes mayores de 60 años que asisten a las diferentes clínicas de Consulta externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala) distribuidos de la siguiente forma:

En consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia del Hospital General San Juan de Dios asisten un total de 1,500 pacientes al mes siendo la población mayor de 60 años de 88 pacientes al mes aproximadamente. Para el estudio se tomaron dos meses (Diciembre-Enero) es decir, 176 pacientes que acudieron a la consulta externa, de estos el 75% que corresponde a 132 pacientes fue la muestra entrevistada.

En el Hospital Roosevelt asisten un total de 1,600 pacientes al mes en consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia, la población mayor de 60 años corresponde aproximadamente a 87 pacientes vistos al mes. Para el estudio se tomaron dos meses (Diciembre-Enero) es decir, 174 pacientes que acudieron a la consulta externa, de estos el 75% que corresponde a 131 pacientes fue la muestra entrevistada.

En consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala asisten un total de 1000 pacientes al mes siendo la población mayor de 60 años de 75 pacientes aproximadamente al mes. Para el estudio se tomaron dos meses (Diciembre-Enero) es decir, 150 pacientes que acudieron a la consulta externa, de estos el 75% que corresponde a 113 pacientes fue la muestra entrevistada.

4. Criterios de inclusión:

Adultos mayores del sexo femenino y masculino que asistieron a las clínicas de Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, de Consulta Externa de Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala).

5. Criterios de exclusión:

Adultos mayores del sexo femenino y masculino que asistieron a las clínicas de Odontología y de Salud Mental de la consulta externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala).

Incapacidad para contestar formulario, por afasia, dislalia.

Personas menores de 60 años.

Adultos mayores que no quisieron participar.

6. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

6.1 MÉTODOS

Encuesta:

Se realizó a los adultos mayores que asistieron a las clínicas de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia de la Consulta Externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala).

6.2 TÉCNICAS

Luego de haber delimitado el área de trabajo, se procedió a seleccionar a aquellos pacientes mayores de 60 años del sexo femenino y masculino que asistieron a las clínicas de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia de consulta externa, la selección, según la edad, fue de acuerdo al libro de pacientes que diariamente registra la consulta externa, además se revisó el expediente de cada paciente para descartar que previamente se le haya diagnosticado depresión. Si previamente se diagnosticó algún grado de depresión, dicho paciente no fue tomado en cuenta.

En un ambiente privado y en forma personalizada se proporcionó y leyó la boleta de recolección de datos y el Test de Zung de una forma entendible (el entrevistador usó palabras que no cambió la esencia ni el significado de la pregunta) a fin de una correcta comprensión por ellos.

Las respuestas proporcionadas por el entrevistado de ninguna manera fueron criticadas, se utilizaron únicamente con fines estadísticos. De la información obtenida se guardó toda secretividad y no se alteró la información recabada.

Para procesar la información obtenida por medio de la boleta de recolección de datos (que incluye el Test de Zung) se realizó lo siguiente:

Se tabuló la información obtenida en la boleta de datos y luego el Test de Zung; con lo que se identificó y cuantificó el número de personas deprimidas y se clasificó a las personas en leve, moderadamente o severamente deprimidas de acuerdo a escala EAMD se estableció el porcentaje y proporción de los mismos en relación a la muestra.

De las personas deprimidas se asoció su relación con las posibles causas (situación de edad, estado civil, grupo étnico, presencia de enfermedad y recursos económicos) expresadas en porcentajes, primeramente en grupo y luego cada variable individualmente.

Se procedió luego a la elaboración de tablas y cuadros estadísticos para dar a conocer los resultados de la investigación con sus respectivos análisis. Seguidamente se procedió a realizar el informe final con sus respectivas: conclusiones y recomendaciones.

El producto de esta investigación fue la elaboración de una guía de autoayuda sobre de cómo sobreponerse a la depresión, la cual se proporciono a los pacientes identificados con nivel leve de depresión (ver anexos).

7. MATERIALES

HUMANOS:

- *Investigador*
- *Medico Asesor*
- *Medico Revisor*
- *Adultos Mayores*

FÍSICOS:

- *Boleta de recolección de datos.*
- *Test para la Medición de la Depresión, del Dr. William Zung. (7, 10)*
- *Consulta Externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala)*
- *Bibliotecas (libros, revistas, boletines) y consultas en Internet.*
- *Computadoras, papel, impresora, lápices, bolígrafos, borradores*

ECONÓMICOS:

- *Q 4,500.00*

8. ASPECTOS ÉTICOS:

- *El presente trabajo no es experimental, se recogieron los datos de la boleta y Test de W. Zung que llenaron los pacientes de la consulta externa del Hospital Roosevelt, San Juan de Dios (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala)*
- *Para realizar dicho estudio se pidió la autorización a la Dirección de dichos hospitales, además se solicitó la autorización correspondiente del protocolo de investigación a la Unidad de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.*
- *El manejo de los datos que aquí se obtuvieron es confidencial y son obtenidos únicamente con fines de investigación.*

9. VARIABLES

INDEPENDIENTES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
SEXO	<i>Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.</i>	<i>Masculino Femenino</i>	<i>Nominal</i>
ASPECTO ECONOMICO A. INGRESO	<i>A. Dinero con que cuenta mensualmente para satisfacer sus necesidades básicas. (Q.1,180.00).</i>	<i>A.1 Recibe</i> ➤ <i>< Q.1,180.00</i> ➤ <i>> Q.1,180.00</i> <i>A. 2 No recibe</i> <i>A.3 De quien recibe:</i> ➤ <i>Propio</i> ➤ <i>Otros (hijos, esposo o familiares)</i>	<i>Ordinal</i>
B. JUBILACIÓN	<i>B. Eximir a la persona del ejercicio de su carrera, profesión o cargo por razones de ancianidad o imposibilidad de trabajo generalmente otorgándole el derecho a una pensión.</i>	<i>SI NO</i>	

VARIABLES INDPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE
ASPECTO SOCIAL			
A. ESTADO CIVIL	<i>A. Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.</i>	<i>Casado, soltero, unido, viudo y divorciado</i>	
B. ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR	<i>B. Ambiente no familiar y familiar que lo rodea.</i>	<i>B.1 Lo invitan a actividades sociales: Si No B.2 Pertenece alguna agrupación religiosa o deportiva Si No.</i>	<i>Nominal</i>
ASPECTO DE SALUD ENFERMEDAD:		<i>Tipo de enfermedad:</i>	
1. AGUDA	<i>1. Enfermedad o proceso de inicio breve cuyos síntomas recuperan por completo.</i>	<i>Aguda: < 3 meses</i>	<i>Nominal</i>
2. CRONICA	<i>2. Se aplica a la enfermedad o proceso que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo.</i>	<i>Crónica: > 3 meses</i>	
ASPECTO ETNICO			
ETNIA	<i>Agrupación natural de individuos de igual cultura que admite grupos raciales y sociales</i>	<i>Ladino Indígena</i>	<i>Nominal</i>
ADULTO MAYOR	<i>Persona mayor de 60 años</i>	<i>Edad cronológica, medida desde el nacimiento hasta la fecha actual.</i>	<i>Nominal</i>

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE										
DEPRESIÓN	Estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responde a causa real explicable.	Depresión tal como es determinada por la escala de automedición de Dr. W. Zung <table> <tr> <td>Índice EAD</td> <td>IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL</td> </tr> <tr> <td>Debajo de 50</td> <td>Dentro de lo normal, sin psicopatología</td> </tr> <tr> <td>50-59</td> <td>Presencia de depresión mínima a leve</td> </tr> <tr> <td>60-69</td> <td>Presencia de depresión de moderada a notable</td> </tr> <tr> <td>70 o más</td> <td>Presencia de depresión severa a extrema</td> </tr> </table>	Índice EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL	Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología	50-59	Presencia de depresión mínima a leve	60-69	Presencia de depresión de moderada a notable	70 o más	Presencia de depresión severa a extrema	Ordinal
Índice EAD	IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL												
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología												
50-59	Presencia de depresión mínima a leve												
60-69	Presencia de depresión de moderada a notable												
70 o más	Presencia de depresión severa a extrema												

10. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE VARIABLES

La medición de las variables se hace mediante la boleta de datos y el Test del Dr. William Zung, cuya escala (EAMD), valora la depresión como un trastorno, sin tomar en cuenta el diagnóstico, sinó solamente detecta la presencia de sintomatología. Primero se explicó a las personas en que consiste la entrevista, se solicitó luego su participación para llenar la boleta de datos y después el Test de Zung, ambas fueron con ayuda del entrevistador en forma personalizada para resolver cualquier duda que surgiera en el momento de llenarlos. En casos especiales en que la persona no pudo por si sola llenar la boleta y el Test, el investigador realizó las preguntas.

11. TÉCNICA Y MEDICIÓN DE DEPRESIÓN (14, 33)

La escala EAMD se compone de 20 preguntas organizadas en los aspectos afectivo, fisiológico y psicológico, cada pregunta tiene 4 opciones de respuesta, a cada opción se le asigna un puntaje de 1 a 4 puntos y el valor más alto demuestra el signo o síntoma más manifiesto. Los valores se suman y la clasificación obtenida es convertida en índice EAMD (ver anexo), formando un continuo que va de 25 a 100. La clasificación mínima a obtener es de 20 puntos.

Índice EAD	Impresión Clínica Global Equivalente
<i>Debajo de 50</i>	<i>Dentro de lo normal, sin psicopatología</i>
<i>50-59</i>	<i>Presencia de depresión (de mínima a leve)</i>
<i>60-69</i>	<i>Presencia de depresión (de moderada a notable)</i>
<i>70 o más</i>	<i>Presencia de depresión (de severa a extrema)</i>

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

***“PARA CONSEGUIR LO QUE QUIEREAS, TE VALDRÁ
MÁS LA SONRISA QUE LA ESPADA”
(SHAKESPEARE)***

1. HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

BR. MILDRED CRISTINA SANDOVAL VIVAR

CUADRO 1

POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
61-70	64	48.4	27	20.5	91	68.9
71-80	23	17.4	15	11.4	38	28.8
81-90	2	1.5	1	0.75	3	2.25
+90	0	0	0	0	0	0
TOTAL	89	67.3	43	32.65	132	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

CUADRO 2

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR RANGO DE EDAD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

RANGO DE EDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%	
61-70	23	33.3	15	21.7	7	10.1	45	65.1	46
71-80	11	15.9	8	11.6	2	2.9	21	30.4	17
81-90	1	1.4	1	1.4	1	1.4	3	4.2	0
+90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	35	50.6	24	34.7	10	14.4	69	100	63

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

***Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 3

NIVELES DE DEPRESION EXPRESADOS POR SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004

SEXO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
FEMENINO	20	28.9	20	28.9	7	10.1	47	67.9	42
MASCULINO	15	21.7	4	5.8	3	4.3	22	31.8	21
TOTAL	35	50.6	24	34.7	10	14.4	69	100	63
POBLACIÓN TOTAL 132									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 4

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

<i>ESTADO CIVIL</i>	<i>NIVEL DE DEPRESIÓN</i>								<i>*NORMAL</i>
	<i>LEVE</i>	<i>%</i>	<i>MODERADO</i>	<i>%</i>	<i>SEVERO</i>	<i>%</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>	
<i>CASADO</i>	21	30.4	14	20.2	6	8.7	41	59.3	38
<i>SOLTERO</i>	7	10.1	3	4.3	0	0	10	14.4	12
<i>UNIDO</i>	4	5.8	1	1.4	3	4.3	8	11.5	8
<i>VIUDO</i>	3	4.3	5	7.2	1	1.4	9	12.9	5
<i>DIVORCIADO</i>	0	0	1	1.4	0	0	1	1.4	0
<i>TOTAL</i>	35	50.6	24	34.5	10	14.4	69	100	63
<i>POBLACION TOTAL 132</i>									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

**** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.***

CUADRO 5

NIVELES DE DEPRESIÓN CON RESPECTO A ETNIA DE PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004

ETNIA	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERAD A	%	SEVERA	%	TOTA L	%	
LADINO	32	46.4	21	30.4	9	13.0	62	89.8	57
INDIGENA	3	4.3	3	4.3	1	1.4	7	10.1	6
TOTAL	35	50.7	24	34.7	10	14.4	69	100	63
POBLACIÓN TOTAL 132									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 6

ASISTENCIA A ACTIVIDADES SOCIALES Y/O FAMILIARES EXPRESADAS POR NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	29	42.0	19	27.5	6	8.7	54	78.2	47
NO	6	8.7	5	7.2	4	5.8	15	21.7	16
TOTAL	35	50.7	24	34.7	10	14.5	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 7

PACIENTES QUE PERTENECEN A ALGUNA AGRUPACIÓN RELIGIOSA O DEPORTIVA Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

PERTENECEN ALGUNA AGRUPACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	21	30.4	20	29.0	4	5.8	45	65.2	40
NO	14	20.2	4	5.8	6	8.7	24	34.7	23
TOTAL	35	50.6	24	34.8	10	14.5	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 8

ASPECTO ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004

INGRESO ECONÓMICO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
+Q1,180.00	10	14.5	4	5.8	0	0	14	20.3	27
-Q.1,180.00	25	36.2	20	29.0	10	14.5	55	79.7	36
TOTAL	35	50.7	24	34.8	10	14.5	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 9

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO CON RESPECTO A NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
PROPIO	15	21.7	9	13.0	4	5.8	28	40.5	32
**OTROS	20	29.0	15	21.7	6	8.7	41	59.4	31
TOTAL	35	50.7	24	34.7	10	14.5	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

**Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

*** Otros se refiere al financiamiento que procede de hijos, esposo o familiares*

CUADRO 10

NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN AL ESTADO DE JUBILADO Y NO JUBILADO EN PACIENTES ENCUESTADOS

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

JUBILACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
JUBILADO	4	5.8	1	1.4	2	2.9	7	10.1	8
NO JUBILADO	31	44.9	23	33.3	8	11.6	62	89.8	55
TOTAL	35	50.7	24	34.7	10	14.5	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 11

NIVELES DE DEPRESIÓN ASOCIADOS AL ASPECTO DE SALUD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ENFERMEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
AGUDA	7	10.1	5	7.3	0	0	12	17.4	14
CRÓNICA	23	33.3	15	21.7	7	10.1	45	65.1	38
NO ENFERMOS	5	7.3	4	5.8	3	4.3	12	17.4	11
TOTAL	35	50.7	24	34.8	10	14.4	69	100	63

POBLACIÓN TOTAL 132

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

1.1 ANALISIS DE RESULTADOS

Los cuadros del presente estudio, están basados en una población de 132 pacientes mayores de 60 años, que asistieron a consulta externa de Ortopedia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios (Ciudad Capital) durante Diciembre 2003 y Enero 2004.

CUADRO No. 1 *El rango prevalente de edad fue de 61 a 70 años donde el total de entrevistados fueron 91 (68.9%); se observó la afluencia de pacientes en su mayoría del sexo femenino 89 (67.3%) y el sexo masculino 43 (32.65%) de entrevistados con respecto a la población total.*

El rango de edad menos entrevistado fue en pacientes con edades mayores a 81 años y no se entrevistó ningún paciente mayor de 90 años, probablemente la escasa afluencia de estos pacientes sea por la presencia de enfermedades que impiden su llegada a los hospitales, falta de familiares, recursos económicos o bien su ciclo de vida ha llegado a su culminación final.

CUADRO No. 2 *El rango de edad que consultó y presentó mayor porcentaje de depresión fue de 61-70 años, de los cuales los porcentajes para cada nivel fueron de: leve 23 (33.3%), moderado 15 (21.7%) y severo 7 (10.1%). En las edades de 81-90 años el porcentaje para depresión leve corresponde a 1.4%, moderada 1.4% y severa 1.4% y no se entrevistó ningún paciente en las edades mayores de 90 años. Se identificó que el nivel de depresión prevalente fue el leve con 35 (50.6) seguido del nivel moderado con 24(34.7%) y en menor porcentaje el severo con 10 (14.4%). Se cree que las personas mayores de 60 años encuestadas presentaban algún grado de depresión ya que a esta edad se presenta una disminución de calidad de vida por que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socio-económicas, físicas, psico-sociales que influyen de manera directa a presentar algún nivel de depresión.*

CUADRO No. 3 *De los 132 pacientes a quienes se realizó el Test De Zung se encontró que 63 (47.7%) entrevistados representó a pacientes sin ningún nivel de depresión (Normal), mientras, 69 (52.3%) fueron identificados con algún nivel de depresión.*

El nivel con mayor porcentaje fue el leve con 50.6% de ellos el 28.9% fue para el sexo femenino y el 21.7% al sexo masculino. A comparación del nivel Moderado cuyo porcentaje fue 34.7% donde el porcentaje para el sexo femenino fue de 28.9% y para el sexo masculino 5.8%. El nivel Severo fue el de menor incidencia con un 14.4% para el sexo femenino 10.1% y el masculino 4.3%.

Se observó que el sexo que predominó en los tres nivel de depresión fue el femenino con 67.9% a diferencia del sexo masculino que sólo representó 31.8% de la población total deprimida. A pesar, que el sexo femenino fue el más encuestado en relación al sexo masculino. Se evidenció que el sexo más afectado para todos los niveles de depresión fue el femenino.

CUADRO No. 4 Con relación a la población total de 132 encuestados, se identificó que 63 (47.7%) pacientes no presentaron ningún nivel de depresión al momento de la entrevista, mientras que 69 encuestados (52.3%) se identificaron con algún nivel de depresión.

Del total de pacientes deprimidos encuestados el 59.3% correspondió al estado civil casado, el 14.4% soltero, 11.5% unido, 12.9% viudo y 1.4% divorciado.

De los pacientes con presencia de algún grado de depresión el 50.6 % fue leve de estos el 30.4% están casados, el 10.1% solteros, 5.8% unidos, 4.3% viudos y 0% divorciados. Con respecto al nivel moderado este representó el 34.5% de la población deprimida, siendo el 20.2% casados, 4.3% solteros, 1.4% unidos, 7.2% viudos y 1.4% divorciados. El nivel severo representa el 14.4% de los pacientes deprimidos de estos el 8.7% están casados, 0% solteros, 4.3 % unidos, 1.4% viudos y 0% divorciados.

El estado civil casado presentó mayor porcentaje en los tres niveles de depresión con 59.3% seguido por el soltero con 14.4% y el estado civil viudo con 12.9%.

CUADRO No. 5 En el estudio los pacientes identificados sin ningún nivel de depresión correspondió a 63(47.7%), a diferencia de los pacientes con algún nivel de depresión que fueron 69(52.3%).

De los pacientes identificados con algún nivel de depresión la mayoría fueron de etnia ladina con un 89.8%(62) y solamente se observó un 10.1%(7) de etnia indígena.

El total de pacientes entrevistados con depresión leve fue de 35(50.7%), donde la etnia ladina representó el 46.4% en comparación de la etnia indígena con sólo el 4.3%.

De 69 pacientes deprimidos 24(34.7%) presentaron depresión moderada, de estos el 30.4% eran ladinos y 4.3% representaron a la etnia indígena. Con respecto, a los pacientes con depresión severa cuyo total es de 10(14.4%) pacientes, donde el 13.0% correspondió a la etnia ladina y tan sólo el 1.4% a la etnia indígena.

Se encontró que el grupo étnico con mayor porcentaje para los tres niveles de depresión fue el grupo ladino.

En el estudio se observó que los pacientes ladinos fueron los que más consultaron y presentaron mayores porcentajes en el grupo con y sin depresión; estos resultados probablemente fueron encontrados porque, el estudio fue realizado en el Hospital General San Juan de Dios ubicado en la ciudad capital, donde la afluencia de pacientes que consultan a diario son en su mayoría ladinos.

CUADRO No. 6 De 69 pacientes deprimidos a quienes se interrogó sobre si asisten o no a actividades sociales y/o familiares el 50.7% presentó depresión leve de ellos el 42.0% si asistió en alguna oportunidad y el 8.7 % respondieron que no habían asistido.

El nivel moderado correspondió al 34.7% de estos 27.5% respondieron Si y 7.2% respondieron No haber asistido. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 14.5% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, 8.7% respondieron que Sí y 5.8% respondieron No haber asistido.

En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron si haber asistido a alguna actividad fue de 78.2% y sólo 21.7% para los que no asistieron alguna actividad. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que asistieron a alguna actividad familiar y/o social. Sin embargo, no se interrogó la frecuencia con que asistían a las diferentes actividades.

CUADRO No. 7 De 69 pacientes deprimidos a quienes se interrogó sobre si pertenecen o no alguna agrupación religiosa o deportiva el 50.6% presentó depresión leve de ellos el 30.4% Sí pertenece alguna agrupación y el 20.2% respondieron que No pertenecían a ningún grupo. El nivel moderado correspondió al 34.8% de estos 29.0% respondieron Si pertenecían y 5.8% respondieron No pertenecer a ninguna agrupación. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 14.5% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, el 5.8% respondieron que Sí y 8.7 % respondieron No haber pertenecido a ninguna agrupación. En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron que si pertenecen a alguna agrupación fue de 65.2% y sólo 34.7% para los que respondieron no pertenecer alguna agrupación. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que respondieron si pertenecer a alguna agrupación religiosa o deportiva, sin embargo, en el nivel severo de depresión el mayor porcentaje lo representaron aquellos pacientes que respondieron No a la interrogante.

CUADRO No. 8 De 69 pacientes que presentaron algún nivel de depresión, el 79.7% tenía un ingreso económico menor de Q1, 180 y sólo en 20.3% era mayor de Q.1, 180.00 El 50.7% correspondió a los pacientes identificados con nivel leve de depresión, de estos, el 36.2% tenían un ingreso menor de Q 1,180 y 14.5% un ingreso mayor de Q. 1,180.00. Los identificados con depresión moderada representaban el 34.8%, en donde el porcentaje fue de 29.0% para el ingreso menor de Q. 1,180 y 5.8% para mayor de Q.1, 180.00. Con depresión severa se identificaron 14.5% del total de deprimidos y los porcentajes con respecto al ingreso fueron de 14.5% para el ingreso menor Q. 1,180.00 y 0% para el ingreso mayor de Q. 1,180.00. En el presente estudio se identificó que los pacientes con un ingreso económico menor de Q. 1,180.00 fueron los que representaron el mayor porcentaje en los 3 niveles de depresión; probablemente, esto conduce a un bajo nivel de vida por lo que no se satisface al máximo las necesidades básicas del adulto mayor y con esto se genera mayor probabilidad de presentar depresión.

CUADRO No. 9 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 40.5% tenía una procedencia de financiamiento propio y el 59.4% de los pacientes la procedencia era de otro medio (hijos, esposo o familiares). Los pacientes identificados con depresión leve, representaban el 50.7% de estos, el 21.7% tenía procedencia del tipo propio y 29.0% de otros. El porcentaje de pacientes con depresión moderada fue de 34.7%, siendo 13.0% para pacientes con procedencia propia y 21.7% otros. El porcentaje total de pacientes con depresión severa fue de 14.5% donde el 5.8% corresponde a propio y el 8.7% a otros. Para el estudio se identificó que los pacientes cuya procedencia del financiamiento era de tipo otros, fueron los que presentaron mayor porcentaje en los tres niveles de depresión, probablemente por que presentan frustración por no obtener ellos mismos su ingreso.

CUADRO No. 10 De 69 pacientes deprimidos el 89.8% correspondió a los pacientes no jubilados y únicamente el 10.1% a los jubilados. Con respecto a los niveles de depresión el 50.7% representaba a los pacientes con depresión leve, de estos, el 44.9% eran no jubilados y sólo 5.8% jubilados.

Los pacientes con depresión moderada representaban el 34.7% del total de deprimidos siendo 33.3% no jubilados y únicamente 1.4% jubilados. El 14.5% correspondió a los pacientes identificados con nivel severo de depresión, de estos, el 11.6% eran no jubilados y el 2.9% jubilados.

Para el estudio los pacientes no jubilados representaban el mayor porcentaje para los 3 niveles de depresión siendo además, los más encuestados por haberse realizado el estudio en hospital del área urbana.

CUADRO No. 11 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión, el 65.1% presentaban enfermedad crónica, el 17.4% enfermedad aguda y el 17.4% no presentaban enfermedad diagnosticada por médico al momento de la entrevista.

Los porcentajes con respecto a cada uno de los niveles fueron: 50.7% correspondió al nivel leve de depresión en donde el 33.3% presentó enfermedad crónica, el 10.1% de forma aguda y 7.3% no enfermo al momento de la entrevista; los pacientes con depresión moderada representaban el 34.8% de la población deprimida de estos, el 21.7% con enfermedad crónica, 7.3% enfermedad aguda y 5.8% no enfermos; el porcentaje de pacientes con depresión severa era de 14.4% donde 10.1% presentaban enfermedad crónica, 0% enfermedad aguda y 4.3% no enfermos.

En el presente estudio llama la atención que los pacientes con enfermedad crónica presentaron mayor severidad de depresión al momento de la entrevista a diferencia de los pacientes con enfermedad aguda en quienes el nivel prevalente fue leve. Lo que evidencia que las enfermedades crónicas causan morbilidad depresiva directa o indirectamente.

1.2 CONCLUSIONES

- 1. Se identifico que 52.3% no presentó ningún nivel de depresión al momento del estudio. 47.7% presentaron algún nivel de depresión, en este grupo, 50.6% se identificaron con depresión leve, 34.7% depresión moderada y 14.4% severa.*
- 2. El sexo más afectado en los tres niveles de depresión fue el femenino. En ambos sexos el nivel que predominó con mayor porcentaje fue el leve y el de menos porcentaje fue la depresión severa.*
- 3. Las edades más afectadas fueron entre 61 a 80 años donde el mayor porcentaje correspondía al nivel leve de depresión.*
- 4. Los pacientes casados fueron quienes presentaron mayor porcentaje de depresión leve, moderada y severa.*
- 5. Los pacientes que respondieron SI haber asistido alguna actividad demostraron mayor porcentaje para nivel leve de depresión.*
- 6. Los pacientes que respondieron SI haber pertenecido alguna agrupación presentaron depresión leve y moderada en mayor porcentaje, a diferencia de los pacientes que respondieron No a la interrogante en quienes el nivel identificado en mayor porcentaje fue el severo.*
- 7. El ingreso económico menor de Q. 1,180.00 y los pacientes no jubilados presentaron mayor porcentaje en los tres niveles de depresión.*
- 8. La población con presencia de enfermedad crónica se identifico con porcentajes altos en los tres niveles de depresión.*

1.3 RECOMENDACIONES

- 1. Crear la Oficina de Apoyo al Adulto Mayor en el Hospital General San Juan de Dios con el fin de proporcionar en forma gratuita consejería, asistencia tanto psiquiátrica como de atención a sus necesidades básicas para prevenir la depresión.***
- 2. Crear un grupo de apoyo terapéutico a nivel hospitalario con la participación de personal capacitado sobre el tema para dar un tratamiento integral a los pacientes, el cual debe contemplar tanto la enfermedad orgánica como los problemas afectivos con el fin de disminuir los ingresos hospitalarios y proporcionar al paciente una mayor calidad de vida.***
- 3. Mejorar programas intra hospitalario de educación dirigidos a la población y personal acerca de depresión, que no es simple tristeza o pereza, para dar un tratamiento adecuado y también dar salud mental preventiva enseñando a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes de forma constructiva.***
- 4. Crear seminarios de actualización a estudiantes de pregrado y postgrado a nivel hospitalario para el reconocimiento de las enfermedades mentales.***

2. HOSPITAL ROOSEVELT

BR. ELSA CAROLINA CASTILLO ROMERO

CUADRO 1

POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
61-70	49	37.40	41	31.29	90	68.69
71-80	14	10.68	28	13.74	32	24.42
81-90	6	4.58	3	2.29	9	6.89
+90	0	0	0	0	0	0
TOTAL	69	52.66	62	47.32	131	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

CUADRO 2

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR RANGO DE EDAD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

RANGO DE EDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%	
61-70	29	45.31	8	12.5	1	1.56	38	59.3	51
71-80	13	20.31	5	7.81	2	3.12	20	31.25	13
81-90	2	3.12	3	4.68	1	1.56	6	9.36	3
+90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	44	68.74	16	24.99	4	6.24	64	100	67

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 3

NIVELES DE DEPRESION EXPRESADOS POR SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004

SEXO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
FEMENINO	20	31.2	11	17.19	1	1.56	32	50	38
MASCULINO	24	37.5	5	7.81	3	4.68	32	50	29
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	67
POBLACIÓN TOTAL 131									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

* Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.

CUADRO 4

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ESTADO CIVIL	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%	
CASADO	12	18.75	5	7.81	0	0	17	26.56	38
SOLTERO	27	42.18	4	6.25	0	0	31	48.43	6
UNIDO	0	0	0	0	1	1.56	1	1.56	8
VIUDO	5	7.81	7	10.93	1	1.56	13	20.3	13
DIVORCIADO	0	0	0	0	2	3.12	2	3.12	2
TOTAL	44	68.7	16	24.9	4	6.2	64	100	67
POBLACION TOTAL									131

Fuente: *Boleta de recolección de datos y Test de Zung.*

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 5

NIVELES DE DEPRESIÓN CON RESPECTO A ETNIA DE PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004

ETNIA	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERAD A	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
LADINO	29	45.31	12	18.75	3	4.68	44	68.73	49
INDIGENA	15	23.43	4	6.25	1	1.56	20	31.24	18
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	670
POBLACIÓN TOTAL 131									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 6

ASISTENCIA A ACTIVIDADES SOCIALES Y/O FAMILIARES EXPRESADAS POR NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	28	43.75	7	10.93	3	4.68	38	54.7	40
NO	16	25	9	14.06	1	1.56	26	40.6	27
TOTAL	44	68.75	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 7

PACIENTES QUE PERTENECEN A ALGUNA AGRUPACIÓN RELIGIOSA O DEPORTIVA Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

PERTENECEN ALGUNA AGRUPACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	34	53.1	11	17.2	3	4.7	48	74.9	53
NO	10	15.6	5	7.81	1	1.56	16	25	14
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

* Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.

CUADRO 8

ASPECTO ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004

INGRESO ECONÓMICO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
+Q1,180.00	6	9.37	1	1.56	0	0	7	10.93	8
-Q.1,180.00	38	59.37	15	23.43	4	6.25	57	89.05	59
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: *Boleta de recolección de datos y Test de Zung.*

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 9

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO CON RESPECTO A NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
PROPIO	26	40.62	7	10.94	2	3.12	35	54.68	40
**OTROS	18	28.12	9	14.06	2	3.12	29	45.38	27
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

**Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

*** Otros se refiere al financiamiento que procede de hijos, esposo o familiares*

CUADRO 10

NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN AL ESTADO DE JUBILADO Y NO JUBILADO EN PACIENTES ENCUESTADOS

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

JUBILACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
JUBILADO	5	7.81	1	1.56	0	0	6	9.37	4
NO JUBILADO	39	60.93	15	23.44	4	6.25	58	90.62	636
TOTAL	44	68.7	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 11

NIVELES DE DEPRESIÓN ASOCIADOS AL ASPECTO DE SALUD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Roosevelt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ENFERMEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
AGUDA	28	43.75	5	7.81	1	1.56	34	56.1	46
CRÓNICA	16	25	11	17.1	3	4.68	30	46.6	21
TOTAL	44	68.75	16	25	4	6.2	64	100	67

POBLACIÓN TOTAL 131

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

2.1 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los cuadros del presente estudio, están basados en una población de 131 pacientes mayores de 60 años, que asistieron a consulta externa de Ortopedia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital Roosevelt durante Diciembre 2003 y Enero 2004.

CUADRO No. 1 *El rango prevalente de edad fue de 61 a 70 años donde el total de entrevistados fueron 90 (68.69%); se observó la afluencia de pacientes en su mayoría del sexo femenino 69 (52.66%) y el sexo masculino 62 (47.32%) de entrevistados con respecto a la población total.*

El rango de edad menos entrevistado fue en pacientes con edades mayores a 81 años y no se entrevistó ningún paciente mayor de 90 años, probablemente la escasa afluencia de estos pacientes sea por la presencia de enfermedades que impiden su llegada a los hospitales, falta de familiares, recursos económicos o bien su ciclo de vida ha llegado a su culminación final.

CUADRO No. 2 *El rango de edad que consultó y presentó mayor porcentaje de depresión fue de 61-70 años, de los cuales los porcentajes para cada nivel fueron de: leve 29 (45.31%), moderado 8 (12.5%) y severo 1 (1.56%). En las edades de 81-90 años el porcentaje para depresión leve corresponde a 3.12%, moderada 4.68% y severa 1.56% y no se entrevistó ningún paciente en las edades mayores de 90 años. Se identificó que el nivel de depresión prevalente fue el leve con 44 (68.74%) seguido del nivel moderado con 16(24.99%) y en menor porcentaje el severo con 4 (6.24%). Se cree que las personas mayores de 60 años encuestadas presentaban algún grado de depresión ya que a esta edad se presenta una disminución de calidad de vida por que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socio-económicas, físicas, psico-sociales que influyen de manera directa a presentar algún nivel de depresión.*

CUADRO No. 3 *De los 131 pacientes a quienes se realizó el Test De Zung se encontró que 67 (51.14%) entrevistados representó a pacientes sin ningún nivel de depresión (Normal), mientras, 64 (48.85%) fueron identificados con algún nivel de depresión.*

El nivel con mayor porcentaje fue el leve con 68.75% de ellos el 31.25% fue para el sexo femenino y el 37.5% al sexo masculino. A comparación del nivel Moderado cuyo porcentaje fue 25% donde el porcentaje para el sexo femenino fue de 17.9% y para el sexo masculino 7.81%. El nivel Severo fue el de menor incidencia con un 6.25% para el sexo femenino 1.56% y el masculino 4.68%.

Se observó que el sexo masculino predominó en los niveles leve (37.5%) y severo (7.81%) de depresión y el sexo femenino presentó más depresión moderada con 17.19% de la población total deprimida.

CUADRO No. 4 Con relación a la población total de 131 encuestados, se identificó que 67 (51.14%) pacientes no presentaron ningún nivel de depresión al momento de la entrevista, mientras que 64 encuestados (48.86%) se identificaron con algún nivel de depresión.

Del total de pacientes deprimidos encuestados el 26.56% correspondió al estado civil casado, el 48.43% soltero, 1.56% unido, 20.3% viudo y 3.12% divorciado.

De los pacientes con presencia de algún grado de depresión el 68.74 % fue leve de estos el 18.75% están casados, el 42.18% solteros, 0% unidos, 7.81% viudos y 0% divorciados. Con respecto al nivel moderado este representó el 24.99% de la población deprimida, siendo el 7.81% casados, 6.25% solteros, 0% unidos, 10.93% viudos y 0% divorciados. El nivel severo representa el 6.24% de los pacientes deprimidos de estos el 0% están casados, 0% solteros, 1.56 % unidos, 1.56% viudos y divorciados 3.12%.

El estado civil soltero presentó mayor porcentaje en el nivel leve de depresión con 42.18% seguido por los casados con 18.75%.

CUADRO No. 5 En el estudio los pacientes identificados sin ningún nivel de depresión correspondió a 67(51.14%), a diferencia de los pacientes con algún nivel de depresión que fueron 64 (48.85%).

De los pacientes identificados con algún nivel de depresión la mayoría fueron de etnia ladina con un 68.73%(44) y solamente se observó un 31.24%(20) de etnia indígena.

El total de pacientes entrevistados con depresión leve fue de 44(68.73%), donde la etnia ladina representó el 45.3% en comparación de la etnia indígena con sólo el 23.43%.

De 64 pacientes deprimidos 16(25%) presentaron depresión moderada, de estos el 18.75% eran ladinos y 6.25% representaron a la etnia indígena. Con respecto, a los pacientes con depresión severa cuyo total es de 4(6.24%) pacientes, donde el 4.68% correspondió a la etnia ladina y tan sólo el 1.56% a la etnia indígena.

Se encontró que el grupo étnico con mayor porcentaje para los tres niveles de depresión fue el grupo ladino.

En el estudio se observó que los pacientes ladinos fueron los que más consultaron y presentaron mayores porcentajes en el grupo con y sin depresión; estos resultados probablemente fueron encontrados porque, el estudio fue realizado a nivel de hospital nacional, donde la afluencia de pacientes que consultan a diario son en su mayoría ladinos.

CUADRO No. 6 De 64 pacientes deprimidos quienes se interrogó sobre si asisten o no a actividades sociales y/o familiares el 68.75% presentó depresión leve de ellos el 43.75% si asistió en alguna oportunidad y el 25 % respondieron que no habían asistido.

El nivel moderado correspondió al 24.99% de estos 10.93% respondieron Si y 14.06% respondieron No haber asistido. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 6.24% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, 4.68% respondieron que Sí y 1.56% respondieron No haber asistido.

En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron si haber asistido a alguna actividad fue de 54.68% y sólo 40.62% para los que no asistieron alguna actividad. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que asistieron a alguna actividad familiar y/o social. Sin embargo, no se interrogó la frecuencia con que asistían a las diferentes actividades.

CUADRO No. 7 De 64 pacientes deprimidos a quienes se interrogó sobre si pertenecen o no alguna agrupación religiosa o deportiva el 68.74% presentó depresión leve de ellos el 53.12% Sí pertenece alguna agrupación y el 15.62% respondieron que No pertenecían a ningún grupo.

El nivel moderado correspondió al 25% de estos 17.18% respondieron Si pertenecían y 7.81% respondieron No pertenecer a ninguna agrupación. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 6.24% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, el 4.68% respondieron que Sí y 1.56 % respondieron No haber pertenecido a ninguna agrupación.

En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron que si pertenecen a alguna agrupación fue de 48% y sólo 16% para los que respondieron no pertenecer alguna agrupación. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que respondieron si pertenecer a alguna agrupación religiosa o deportiva.

CUADRO No. 8 De 64 pacientes que presentaron algún nivel de depresión, el 89.05% tenía un ingreso económico menor de Q. 1,180.00 y sólo en 10.93% era mayor de Q.1,180.00

El 68.74% correspondió a los pacientes identificados con nivel leve de depresión, de estos, el 59.37% tenían un ingreso menor de Q. 1,180.00 y 9.37% un ingreso mayor de Q. 1,180.00.

Los identificados con depresión moderada representaban el 25%, en donde el porcentaje fue de 23.43% para el ingreso menor de Q. 1,180.00 y 1.56% para mayor de Q.1, 180.00.

Con depresión severa se identificaron 6.25% del total de deprimidos y los porcentajes con respecto al ingreso fueron de 6.25% para el ingreso menor Q. 1,180.00 y 0% para el ingreso mayor de Q. 1,180.00.

En el presente estudio se identificó que los pacientes con un ingreso económico menor de Q. 1,180.00 fueron los que representaron el mayor porcentaje en los 3 niveles de depresión; probablemente, esto conduce a un bajo nivel de vida por lo que no se satisface al máximo las necesidades básicas del adulto mayor y con esto se genera mayor probabilidad de presentar depresión.

CUADRO No. 9 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 54.68% tenía una procedencia de financiamiento propio y el 45.30% de los pacientes la procedencia era de otro medio (hijos, esposo o familiares).

Los pacientes identificados con depresión leve, representaban el 68.74% de estos, el 40.62% tenía procedencia del tipo propio y 28.12% de otros. El porcentaje de pacientes con depresión moderada fue de 25%, siendo 10.94% para un ingreso económico propio y el 14% para un ingreso económico de otra procedencia. El porcentaje total de pacientes con depresión severa fue de 6.25% donde el 3.12% corresponde a propio y el 3.12% a otros.

Para el estudio se identificó que los pacientes cuya procedencia del financiamiento era de tipo propio representaban el mayor porcentaje de deprimidos, sin embargo, no se interrogó si el financiamiento propio superaba o no el salario mínimo que debe poseer una persona para satisfacer sus necesidades básicas.

CUADRO No. 10 De 64 pacientes deprimidos el 90.62% correspondió a los pacientes no jubilados y únicamente el 9.37% a los jubilados. Con respecto a los niveles de depresión el 68.74% representaba a los pacientes con depresión leve, de estos, el 60.93% eran no jubilados y sólo 7.81% jubilados.

Los pacientes con depresión moderada representaban el 25% del total de deprimidos siendo 23.44% no jubilados y únicamente 1.56% jubilados. El 6.25% correspondió a los pacientes identificados con nivel severo de depresión, de estos, el 6.25% eran no jubilados y el 0% jubilados.

Para el estudio los pacientes no jubilados representaban el mayor porcentaje para los 3 niveles de depresión siendo además, los más encuestados por haberse realizado el estudio en hospitales nacionales.

CUADRO No. 11 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión, el 46.68% presentaban enfermedad crónica, el 56.12% enfermedad aguda.

Los porcentajes con respecto a cada uno de los niveles fueron: 68.75% correspondió al nivel leve de depresión en donde el 25% presentó enfermedad crónica, el 43.75% de forma aguda. Los pacientes con depresión moderada representaban el 25% de la población deprimida de estos, el 17.18% con enfermedad crónica, 7.81% enfermedad aguda.

El porcentaje de pacientes con depresión severa era de 6.24% donde 4.68% presentaban enfermedad crónica, 1.56% enfermedad aguda.

En el presente estudio llama la atención que los pacientes con enfermedad crónica presentaron mayor severidad de depresión al momento de la entrevista a diferencia de los pacientes con enfermedad aguda en quienes el nivel prevalente fue leve. Lo que evidencia que las enfermedades crónicas causan morbilidad depresiva directa o indirectamente.

2.2 CONCLUSIONES

1. *Se identificó que 51.14% no presento ningún nivel de depresión y 48.85% presentó algún nivel de depresión al momento del estudio. De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 68.74% se reportaron con depresión leve, el 24.99% con depresión moderado y para el nivel severo 6.24%.*
2. *Se encontró que ambos sexos presentaron 50% con algún nivel de depresión de donde el sexo más afectado en el nivel leve y severo fue el masculino y en el moderado el sexo femenino.*
3. *Las edades más afectadas fueron entre 61-80 años donde el mayor porcentaje correspondieron al nivel leve.*
4. *Los pacientes solteros fueron quienes presentaron mayor porcentaje de depresión leve, los pacientes viudos presentaron mayor porcentaje de depresión moderada y para el nivel severo se encontró el porcentaje más alto en la población total de pacientes divorciados.*
5. *Los pacientes que respondieron si haber asistido alguna actividad demostraron mayor porcentaje para el nivel leve.*
6. *Los pacientes que respondieron si haber pertenecido alguna agrupación presentaron depresión leve en mayor porcentaje.*
7. *El ingreso económico menor de Q. 1,180.00 y los pacientes no jubilados presentaron mayor porcentaje de nivel de depresión leve, con respecto al nivel severo de depresión se identificó que el total de pacientes deprimidos en forma severa tenían un ingreso menor de Q. 1,180.00 y no eran jubilados.*
8. *La población con presencia de enfermedad aguda presento mayor porcentaje en el nivel leve de depresión a diferencia de la enfermedad crónica presento los niveles más altos en el nivel moderado y severo de depresión.*

2.3 RECOMENDACIONES

- 1. Fortalecer un grupo de apoyo terapéutico en el Hospital Roosevelt con la participación del personal de Salud Mental para dar un tratamiento integral a los pacientes, el cual debe contemplar tanto la enfermedad orgánica como los problemas afectivos y así proporcionar al paciente una mejor calidad de vida.*
- 2. Crear programas intra hospitalario de educación dirigidos a la población y personal del Hospital Roosevelt acerca de depresión para dar un tratamiento adecuado y enseñar a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes de forma constructiva.*
- 3. Incorporar y aplicar un Test como requisito obligatorio en el expediente médico de cada paciente que consulta por primera vez a cualquier Clínica de Consulta Externa de los diferentes Departamentos en el Hospital Roosevelt.*
- 4. Fortalecer en el pensum de pre-grado y post-grado de la Facultad de Ciencias Médicas temas relacionados a Enfermedades Mentales con énfasis en los temas de Depresión y Ansiedad enfocados a detectar niveles de depresión y su relación con diferentes factores causales; por ser estos los problemas de mayor consulta según datos estadísticos, con la finalidad de que el estudiante y médicos residentes diagnostiquen un trastorno afectivo sin olvidar la patología de base que presente el paciente al momento de la entrevista.*

3. HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT

BR. INGRID MABEL GONZALEZ GARCÍA

CUADRO 1

POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
61-70	39	34.51	39	34.51	78	69.02
71-80	12	10.61	19	16.81	31	27.42
81-90	1	0.88	3	2.65	4	3.53
+90	0	0	0	0	0	0
TOTAL	52	46	61	53.97	113	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

CUADRO 2

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR RANGO DE EDAD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

RANGO DE EDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%	
61-70	49	47.57	22	21.35	0	0	71	68.92	7
71-80	15	14.56	14	13.59	0	0	29	28.12	2
81-90	3	2.91	0	0	0	0	3	2.91	1
+90	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	67	65.04	36	34.94	0	0	103	100	10

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 3

NIVELES DE DEPRESION EXPRESADOS POR SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004

SEXO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
FEMENINO	34	33	16	15.53	0	0	50	48.53	4
MASCULINO	33	32	20	19.41	0	0	53	51.41	6
TOTAL	67	65	36	34.9	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 4

NIVELES DE DEPRESIÓN EXPRESADOS POR ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ESTADO CIVIL	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
CASADO	29	28.15	8	7.76	0	0	37	35.91	5
SOLTERO	2	1.94	3	2.91	0	0	5	4.85	1
UNIDO	10	9.70	8	7.76	0	0	18	17.46	1
VIUDO	23	22.33	16	15.53	0	0	39	37.86	2
DIVORCIADO	3	2.91	1	0.97	0	0	4	3.88	1
TOTAL	67	65.0	36	34.9	0	0	103	100	10
POBLACION TOTAL									113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 5

NIVELES DE DEPRESIÓN CON RESPECTO A ETNIA DE PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004

ETNIA	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERAD A	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
LADINO	49	47.57	22	21.35	0	0	71	68.92	5
INDIGENA	18	17.47	14	13.59	0	0	32	31.06	5
TOTAL	67	65.0	36	34.9	0	0	103	100	10
POBLACIÓN TOTAL 113									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 6

ASISTENCIA A ACTIVIDADES SOCIALES Y/O FAMILIARES EXPRESADAS POR NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	40	38.83	17	16.5	0	0	57	55.3	8
NO	27	26.21	19	18.44	0	0	46	44.7	2
TOTAL	67	65	36	34.94	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 7

PACIENTES QUE PERTENECEN A ALGUNA AGRUPACIÓN RELIGIOSA O DEPORTIVA Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

PERTENECEN ALGUNA AGRUPACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	40	48.8	17	16.5	0	0	57	55.3	8
NO	27	26.2	19	18.4	0	0	46	44.6	2
TOTAL	67	65	36	34.	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 8

ASPECTO ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004

INGRESO ECONÓMICO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
+Q1,180.00	7	6.70	4	3.88	0	0	11	10.58	5
-Q.1,180.00	60	58.25	32	31.04	0	0	92	89.29	5
TOTAL	67	64.9	36	34.2	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 9

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO CON RESPECTO A NIVEL DE DEPRESIÓN
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
PROPIO	55	53.39	22	21.35	0	0	77	74.74	6
**OTROS	12	11.65	14	13.59	0	0	26	25.24	4
TOTAL	67	65.0	36	34.9	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

**Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

*** Otros se refiere al financiamiento que procede de hijos, esposo o familiares*

CUADRO 10

NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN AL ESTADO DE JUBILADO Y NO JUBILADO EN PACIENTES ENCUESTADOS

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.*

JUBILACIÓN	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
JUBILADO	10	9.70	7	6.79	0	0	17	16.49	2
NO JUBILADO	57	55.33	29	28.15	0	0	86	83.48	8
TOTAL	67	65.0	36	34.9	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 11

NIVELES DE DEPRESIÓN ASOCIADOS AL ASPECTO DE SALUD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ENFERMEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
AGUDA	13	12.62	6	5.82	0	0	19	18.4	2
CRÓNICA	53	51.95	31	30.1	0	0	84	81.5	8
TOTAL	66	64.07	37	35.91	0	0	103	100	10

POBLACIÓN TOTAL 113

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

3.1 ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los cuadros del presente estudio, están basados en una población de 113 pacientes mayores de 60 años, que asistieron a consulta externa de Ortopedia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt durante Diciembre 2003 y Enero 2004.

CUADRO No. 1 *El rango prevalente de edad fue de 61 a 70 años donde el total de entrevistados fueron 78(69.02%); se observó la afluencia de pacientes en su mayoría del sexo masculino 61 (53.97%) y el sexo femenino 52 (46%) de entrevistados con respecto a la población total.*

El rango de edad menos entrevistado fue en pacientes con edades mayores a 81 años y no se entrevistó ningún paciente mayor de 90 años, probablemente la escasa afluencia de estos pacientes sea por la presencia de enfermedades que impiden su llegada a los hospitales, falta de familiares, recursos económicos o bien su ciclo de vida ha llegado a su culminación final.

CUADRO No. 2 *El rango de edad que consultó y presentó mayor porcentaje de depresión fue de 61-70 años, de los cuales los porcentajes para cada nivel fueron de: leve 49 (47.57%), moderado 22 (21.35%) y severo 0 (0%). En las edades de 81-90 años el porcentaje para depresión leve corresponde a 2.91%, moderada 0% y severa 0% y no se entrevistó ningún paciente en las edades mayores de 90 años.*

Se identificó que el nivel de depresión prevalente fue el leve con 67 (65.04%) seguido del nivel moderado con 36(34.94%) y en menor porcentaje el severo con 0 (0%). Se cree que las personas mayores de 60 años encuestadas presentaban algún grado de depresión ya que a esta edad se presenta una disminución de calidad de vida por que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socio-económicas, físicas, psico-sociales que influyen de manera directa a presentar algún nivel de depresión.

CUADRO No. 3 *De los 113 pacientes a quienes se realizó el Test De Zung se encontró que 10 (8.84%) entrevistados representó a pacientes sin ningún nivel de depresión (Normal), mientras, 103 (91.15%) fueron identificados con algún nivel de depresión.*

El nivel con mayor porcentaje fue el leve con 65% de ellos el 33% fue para el sexo femenino y el 32% al sexo masculino. A comparación del nivel Moderado cuyo porcentaje fue 34.94% donde el porcentaje para el sexo femenino fue de 15.53% y para el sexo masculino 19.41%. El nivel Severo que no se observo ningún caso.

Se observó que el sexo que predominó en el nivel leve de depresión fue el femenino con 33% a diferencia del sexo masculino en el que predominó el nivel moderado con 19.41% de la población total. Llama la atención que no se evidenció ningún paciente con depresión severa.

CUADRO No. 4 Con relación a la población total de 113 encuestados, se identificó que 10 (8.81%) pacientes no presentaron ningún nivel de depresión al momento de la entrevista, mientras que 103 encuestados (91.15%) se identificaron con algún nivel de depresión.

Del total de pacientes deprimidos encuestados el 35.91% correspondió al estado civil casado, el 4.85% soltero, 17.46% unido, 37.86% viudo y 3.88% divorciado.

De los pacientes con presencia de algún grado de depresión el 65.03 % fue leve de estos el 28.15% están casados, el 1.94% solteros, 9.70% unidos, 22.33% viudos y 2.91% divorciados. Con respecto al nivel moderado este representó el 34.93% de la población deprimida, siendo el 7.76% casados, 2.91% solteros, 7.76% unidos, 15.53% viudos y 0.97% divorciados. El nivel severo no se presentó ningún paciente.

El estado civil casado presentó mayor porcentaje en el nivel leve de depresión con 28.15% seguido por el viudo con 22.33%, sin embargo, en el nivel moderado los viudos presentan mayor porcentaje que los casados.

CUADRO No. 5 En el estudio los pacientes identificados sin ningún nivel de depresión correspondió a 10(8.84%), a diferencia de los pacientes con algún nivel de depresión que fueron 103 (91.15%).

De los pacientes identificados con algún nivel de depresión la mayoría fueron de etnia ladina con un 68.92%(71) y solamente se observó un 31.06%(32) de etnia indígena.

El total de pacientes entrevistados con depresión leve fue de 67 (65.04%), donde la etnia ladina representó el 47.57% en comparación de la etnia indígena con sólo el 17.47%.

De 103 pacientes deprimidos 36 (34.95%) presentaron depresión moderada, de estos el 21.35% eran ladinos y 13.59% representaron a la etnia indígena.

Se encontró que el grupo étnico con mayor porcentaje para los tres niveles de depresión fue el grupo ladino.

En el estudio se observó que los pacientes ladinos fueron los que más consultaron y presentaron mayores porcentajes en el grupo con y sin depresión; estos resultados probablemente fueron encontrados por presentar Antigua Guatemala mayor afluencia de pacientes ladinos.

CUADRO No. 6 De 103 pacientes deprimidos quienes se interrogó sobre si asisten o no a actividades sociales y/o familiares el 65% presentó depresión leve de ellos el 38.83 % si asistió en alguna oportunidad y el 26.21 % respondieron que no habían asistido.

El nivel moderado correspondió al 34.94% de estos 16.5% respondieron Si y 18.44% respondieron No haber asistido.

Se observó que los pacientes con depresión moderada fueron los que contestaron no haber asistido alguna actividad a diferencia de los pacientes que respondieron si presentaron depresión leve.

El mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que asistieron a alguna actividad familiar y/o social. Sin embargo, no se interrogó la frecuencia con que asistían a las diferentes actividades

CUADRO No. 7 De 103 pacientes deprimidos a quienes se interrogó sobre si pertenecen o no alguna agrupación religiosa o deportiva el 65% presentó depresión leve de ellos el 38.83% Sí pertenece alguna agrupación y el 26.21% respondieron que No pertenecían a ningún grupo.

El nivel moderado correspondió al 34.94% de estos 16.5% respondieron Si pertenecían y 18.44% respondieron No pertenecer a ninguna agrupación.

En los niveles leve y moderado el porcentaje de pacientes que respondieron que si pertenecen a alguna agrupación fue de 55.3% y 44.65% para los que respondieron no pertenecer alguna agrupación. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que respondieron si pertenecer a alguna agrupación religiosa o deportiva.

CUADRO No. 8 De 103 pacientes que presentaron algún nivel de depresión, el 89.99% tenía un ingreso económico menor de Q 1,180.00 y sólo en 10.58% era mayor de Q.1,180.00

El 64.95% correspondió a los pacientes identificados con nivel leve de depresión, de estos, el 58.25% tenían un ingreso menor de Q 1,180.00 y 6.70% un ingreso mayor de Q. 1,180.00.

Los identificados con depresión moderada representaban el 34.95%, en donde el porcentaje fue de 31.04% para el ingreso menor de Q. 1,180.00 y 3.88% para mayor de Q.1, 180.00.

En el presente estudio se identificó que los pacientes con un ingreso económico menor de Q. 1,180.00 fueron los que representaron el mayor porcentaje en el nivel leve y moderado de depresión; probablemente, esto conduce a un bajo nivel de vida por lo que no se satisface al máximo las necesidades básicas del adulto mayor y con esto se genera mayor probabilidad de presentar depresión.

CUADRO No. 9 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 74.74% tenía una procedencia de financiamiento propio y el 25.24% de los pacientes la procedencia era de otro medio (hijos, esposo o familiares).

Los pacientes identificados con depresión leve, representaban el 65.04% de estos, el 53.99% tenía procedencia del tipo propio y 11.65% de otros. El porcentaje de pacientes con depresión moderada fue de 34.94%, siendo 21.35% para el ingreso propio y 13.59% para otros. Para el estudio se identificó que los pacientes cuya procedencia del financiamiento era de tipo propio representaban el mayor porcentaje de deprimidos, sin embargo, no se interrogó si el financiamiento propio superaba o no el salario mínimo que debe poseer una persona para satisfacer sus necesidades básicas.

CUADRO No. 10 De 103 pacientes deprimidos el 83.48% correspondió a los pacientes no jubilados y únicamente el 16.49% a los jubilados. Con respecto a los niveles de depresión el 65% representaba a los pacientes con depresión leve, de estos, el 55.33% eran no jubilados y sólo 9.70% jubilados.

Los pacientes con depresión moderada representaban el 34.94% del total de deprimidos siendo 28.15% no jubilados y únicamente 6.79% jubilados.

Para el estudio los pacientes no jubilados representaban el mayor porcentaje para los niveles leve y moderado de depresión siendo además, los más encuestados por haberse realizado el estudio en hospital nacional.

CUADRO No. 11 *De los pacientes identificados con algún nivel de depresión, el 81.54% presentaban enfermedad crónica, el 18.44% enfermedad aguda.*

Los porcentajes con respecto a cada uno de los niveles fueron: 64.07% correspondió al nivel leve en donde el 51.95% presentó enfermedad crónica, el 12.62% de forma aguda; los pacientes con depresión moderada representaban el 35.91% de la población deprimida de estos, el 30.09% con enfermedad crónica, 5.82% enfermedad aguda.

En el presente estudio llama la atención que los pacientes con enfermedad crónica presentaron depresión moderada al momento de la entrevista a diferencia de los pacientes con enfermedad aguda en quienes el nivel prevalente fue leve. Lo que evidencia que las enfermedades crónicas causan morbilidad depresiva directa o indirectamente.

3.2 CONCLUSIONES

1. *Se identificó que 8.84% no presentó ningún nivel de depresión y 91.15% presentó algún nivel de depresión al momento del estudio.
De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 65% reportó depresión leve, el 35% depresión moderado y para el nivel severo no se identificó ningún caso.*
2. *El sexo mas afectado en el nivel leve fue el femenino y en el moderado el sexo masculino.*
3. *Las edades más afectadas fueron entre 61-80 años donde el mayor porcentaje correspondieron al nivel leve.*
4. *Los pacientes casados fueron quienes presentaron mayor porcentaje de depresión leve a diferencia de los pacientes viudos quienes presentaron mayor porcentaje de depresión moderada.*
5. *Los pacientes que respondieron haber asistido alguna actividad demostraron mayor porcentaje para el nivel leve.*
6. *Los pacientes que respondieron haber pertenecido alguna agrupación presentaron depresión leve en mayor porcentaje.*
7. *El ingreso económico menor de Q. 1,180.00 y los pacientes no jubilados presentaron mayor porcentaje de nivel de depresión leve.*
8. *La población con presencia de enfermedad crónicas presentó mayor porcentaje de depresión leve y moderada.*

3.3 RECOMENDACIONES

- 1. Crear un grupo de apoyo terapéutico a nivel hospitalario con la participación de personal capacitado sobre el tema para dar un tratamiento integral a los pacientes, el cual debe contemplar tanto la enfermedad orgánica como los problemas afectivos.*
- 2. Crear programas intra hospitalario de educación a la población y personal acerca de depresión para dar un tratamiento adecuado enseñando a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes de forma constructiva.*
- 3. Incorporar un Test como requisito obligatorio en la ficha clínica de cada paciente que consulta por primera vez a cualquier clínica de consulta externa .*
- 4. Fortalecer en el pensum de pre-grado y post-grado de la facultad de ciencias médicas temas relacionados a Enfermedades Mentales con énfasis en los temas de Depresión y Ansiedad enfocados a detectar niveles de depresión y su relación con diferentes factores causales; por ser estos los problemas de mayor consulta según datos estadísticos, con la finalidad de que el estudiante y médicos residentes diagnostiquen un trastorno afectivo sin olvidar la patología de base que presente el paciente al momento de la entrevista.*

VIII. CONSOLIDADO GENERAL

CUADRO 1

POBLACION POR RANGO DE EDAD Y SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Betancourt
Diciembre – Enero 2004.*

EDAD	SEXO				TOTAL	%
	FEMENINO	%	MASCULINO	%		
61-70	152	40.4	107	28.5	259	68.9
71-80	49	13.0	52	13.9	101	26.9
81-90	9	2.4	7	1.8	16	4.2
+90	0	0	0	0	0	0
TOTAL	210	55.8	166	44.2	376	100

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

CUADRO 2

NIVELES DE DEPRESION EXPRESADOS POR SEXO EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital
Nacional Pedro de Bethancourt,
Diciembre – Enero 2004

SEXO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
FEMENINO	74	31	47	19.9	8	3.38	129	54.66	84
MASCULINO	72	31	29	12.28	6	2.54	107	45.33	56
TOTAL	146	61.8	76	32.18	14	5.92	236	100	140
POBLACIÓN TOTAL 376									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

* Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.

CUADRO 3

NIVELES DE DEPRESION EXPRESADOS POR ESTADO CIVIL EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004.

ESTADO CIVIL	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADO	%	SEVERO	%	TOTAL	%	
CASADO	62	26.38	27	11.48	6	2.55	95	40.41	82
SOLTERO	36	15.31	10	4.25	0	0	46	19.56	19
UNIDO	14	5.95	9	3.82	4	1.70	27	11.47	17
VIUDO	31	13.19	28	11.91	2	0.85	61	25.95	20
DIVORCIADO	3	1.27	1	0.42	2	0.85	6	2.54	3
TOTAL	146	62.21	75	31.88	14	5.95	235	100	141
POBLACION TOTAL									376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 4

NIVELES DE DEPRESION CON RESPECTO A ETNIA DE PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital
Nacional Pedro de Betancourt
Diciembre – Enero 2004

ETNIA	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERAD A	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
LADINO	110	46.61	55	23.30	12	5.08	177	74.99	111
INDIGENA	36	15.25	21	8.89	2	0.84	59	25.00	29
TOTAL	146	61.86	76	32.19	14	5.92	236	100	140
POBLACIÓN TOTAL 376									

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 5

ASISTENCIA A ACTIVIDADES SOCIALES Y/O FAMILIARES EXPRESADAS POR NIVEL DE DEPRESION
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Diciembre – Enero 2004.

ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	97	41.10	43	18.22	9	3.81	149	63.13	95
NO	49	20.76	33	13.98	5	2.11	87	36.85	45
TOTAL	146	61.86	76	32.2	14	5.92	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

CUADRO 6

PACIENTES QUE PERTENECEN A ALGUNA AGRUPACION RELIGIOSA O DEPORTIVA Y SU RELACION CON NIVEL DE DEPRESION

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004.*

PERTENECEN ALGUNA AGRUPACION	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
SI	95	41.0	48	20.3	7	2.9	150	64.2	101
NO	51	21.0	28	11.8	7	20.9	86	35.7	39
TOTAL	146	62.0	76	32.1	14	5.8	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 7

ASPECTO ECONOMICO Y SU RELACIÓN CON NIVEL DE DEPRESIÓN

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004*

INGRESO ECONOMICO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
+Q1,180.00	23	9.74	9	3.81	0	0	32	13.55	40
-Q.1,180.00	123	52.11	68	28.81	13	5.50	204	86.42	100
TOTAL	146	61.85	77	32.62	13	5.50	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 8

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO CON RESPECTO A NIVEL DE DEPRESIÓN

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004.*

PROCEDENCIA DEL FINANCIAMIENTO MONETARIO	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
PROPIO	96	40.67	38	16.10	5	2.11	139	58.88	78
**OTROS	50	21.18	38	16.10	9	3.81	97	41.09	62
TOTAL	146	61.85	76	32.20	14	5.92	236	100	140

POBLCIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

**Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

*** Otros se refiere al financiamiento que procede de hijos, esposo o familiares*

CUADRO 9

NIVELES DE DEPRESION Y SU ASOCIACION AL ESTADO DE JUBILADO Y NO JUBILADO EN PACIENTES ENCUASTADOS

*Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital
Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004.*

JUBILACION	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
JUBILADO	19	8.05	9	3.8	2	0.8	30	12.65	14
NO JUBILADO	127	53.8	67	28.4	12	5.08	206	87.28	126
TOTAL	146	61.85	76	32.20	14	5.88	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: *Boleta de recolección de datos y Test de Zung.*

*** Normal** *se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 10

NIVELES DE DEPRESION ASOCIADOS AL ASPECTO DE SALUD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre – Enero 2004.

ENFERMEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
AGUDA	48	20.3	16	6.8	1	0.4	65	27.5	62
CRONICA	92	38.9	57	24.2	10	4.2	159	67.3	67
NO ENFERMOS	5	2.1	4	1.7	3	1.2	12	5.0	11
TOTAL	145	61.3	77	32.7	14	5.8	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.*

CUADRO 11

NIVELES DE DEPRESIÓN ASOCIADOS AL ASPECTO DE SALUD EN PACIENTES ENCUESTADOS
Consulta externa de Medicina Interna, Cirugía y Ortopedia en Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital
Nacional Pedro de Bethancourt
Diciembre 2003 – Enero 2004.

ENFERMEDAD	NIVEL DE DEPRESIÓN								*NORMAL
	LEVE	%	MODERADA	%	SEVERA	%	TOTAL	%	
AGUDA	48	20.3	16	6.8	1	0.4	65	27.5	62
CRÓNICA	92	38.9	57	24.2	10	4.2	159	67.3	67
NO ENFERMOS	5	2.1	4	1.7	3	1.2	12	5.0	11
TOTAL	145	61.3	77	32.7	14	5.8	236	100	140

POBLACIÓN TOTAL 376

Fuente: Boleta de recolección de datos y Test de Zung.

*** Normal se refiere a pacientes identificados al momento del estudio sin ningún nivel de depresión.**

ANALISIS DE RESULTADOS GENERALES

Los cuadros del presente estudio, están basados en una población de 376 pacientes mayores de 60 años, que asistieron a consulta externa de Ortopedia, Cirugía y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt (Ciudad Capital) y Hospital Nacional Pedro de Bethancourt (Antigua Guatemala) durante Diciembre 2003 y Enero 2004.

CUADRO No. 1 *El rango prevalente de edad fue de 61 a 70 años donde el total de entrevistados fueron 259 (68.9%); se observó la afluencia de pacientes en su mayoría del sexo femenino 210 (55.8%) y el sexo masculino 166 (44.2%) de entrevistados con respecto a la población total.*

El rango de edad menos entrevistado fue en pacientes con edades mayores a 81 años y no se entrevistó ningún paciente mayor de 90 años, probablemente la escasa afluencia de estos pacientes sea por la presencia de enfermedades que impiden su llegada a los hospitales, falta de familiares, recursos económicos o bien su ciclo de vida ha llegado a su culminación final.

CUADRO No. 2 *El rango de edad que consultó y presentó mayor porcentaje de depresión fue de 61-70 años, de los cuales los porcentajes para cada nivel fueron de: leve 101 (42.79%), moderado 45 (19.06%) y severo 8 (3.38%). En las edades de 81-90 años el porcentaje para depresión leve corresponde a 2.54%, moderada 1.69% y severa 0.845% y no se entrevistó ningún paciente en las edades mayores de 90 años. Se identificó que el nivel de depresión prevalente fue el leve con 146 (61.85) seguido del nivel moderado con 76(32.19%) y en menor porcentaje el severo con 14 (5.41%). Se cree que las personas mayores de 60 años encuestadas presentaban algún grado de depresión ya que a esta edad se presenta una disminución de calidad de vida por que se encuentran menos capacitados para resistir las tensiones socio-económicas, físicas, psico-sociales que influyen de manera directa a presentar algún nivel de depresión.*

CUADRO No. 3 *De los 376 pacientes a quienes se realizó el Test De Zung se encontró que 140 (37%) entrevistados representó a pacientes sin ningún nivel de depresión (Normal), mientras, 236 (63%) fueron identificados con algún nivel de depresión.*

El nivel con mayor porcentaje fue el leve con 61.8% de ellos el 31.3% fue para el sexo femenino y el 30.5% al sexo masculino. A comparación del nivel Moderado cuyo porcentaje fue 32.18% donde el porcentaje para el sexo femenino fue de 19.9% y para el sexo masculino 12.28%. El nivel Severo fue el de menor incidencia con un 5.92% para el sexo femenino 3.38% y el masculino 2.54%.

Se observó que el sexo que predominó en los tres niveles de depresión fue el femenino con 54.66% a diferencia del sexo masculino que sólo representó 45.33% de la población total deprimida. A pesar, que el sexo femenino fue el más encuestado en relación al sexo masculino. Se evidenció que el sexo más afectado para todos los niveles de depresión fue el femenino.

CUADRO No. 4 *Con relación a la población total de 376 encuestados, se identificó que 141 (38%) pacientes no presentaron ningún nivel de depresión al momento de la entrevista, mientras que 235 encuestados (62%) se identificaron con algún nivel de depresión. Del total de pacientes deprimidos encuestados el 40.41% correspondió al estado civil casado, el 19.56% soltero, 11.47% unido, 25.95% viudo y 2.54% divorciado.*

De los pacientes con presencia de algún grado de depresión el 62 % fue leve de estos el 26.38% están casados, el 15.31% solteros, 5.95% unidos, 13.19% viudos y 1.27% divorciados. Con respecto al nivel moderado este representó el 31.88% de la población deprimida, siendo el 11.48% casados, 4.25% solteros, 3.82% unidos, 11.91% viudos y 0.42% divorciados. El nivel severo representa el 5.95% de los pacientes deprimidos de estos el 2.5% están casados, 0% solteros, 1.70 % unidos, viudos y divorciados ambos con un 0.85%. El estado civil casado presentó mayor porcentaje en el nivel leve de depresión con 26.38% seguido por el soltero con 15.31%, sin embargo, en el nivel moderado los viudos presentan mayor porcentaje que los casados.

CUADRO No. 5 *En el estudio los pacientes identificados sin ningún nivel de depresión correspondió a 140(37%), a diferencia de los pacientes con algún nivel de depresión que fueron 236(63%).*

De los pacientes identificados con algún nivel de depresión la mayoría fueron de etnia ladina con un 74.99%(177) y solamente se observó un 25%(59) de etnia indígena.

El total de pacientes entrevistados con depresión leve fue de 146(61.86%), donde la etnia ladina representó el 46.61% en comparación de la etnia indígena con sólo el 15.25%.

De 236 pacientes deprimidos 76(32.19%) presentaron depresión moderada, de estos el 23.30% eran ladinos y 8.89% representaron a la etnia indígena. Con respecto, a los pacientes con depresión severa cuyo total es de 14(5.92%) pacientes, donde el 5.08% correspondió a la etnia ladina y tan sólo el 0.84% a la etnia indígena.

Se encontró que el grupo étnico con mayor porcentaje para los tres niveles de depresión fue el grupo ladino.

En el estudio se observó que los pacientes ladinos fueron los que más consultaron y presentaron mayores porcentajes en el grupo con y sin depresión; estos resultados probablemente fueron encontrados porque, el estudio fue realizado a nivel de hospitales ubicados en la ciudad capital y Antigua Guatemala, donde la afluencia de pacientes que consultan a diario son en su mayoría ladinos.

CUADRO No. 6 De 236 pacientes deprimidos quienes se interrogó sobre si asisten o no a actividades sociales y/o familiares el 61.86% presentó depresión leve de ellos el 41.10% si asistió en alguna oportunidad y el 20.76 % respondieron que no habían asistido.

El nivel moderado correspondió al 32.2% de estos 18.22% respondieron Si y 13.98% respondieron No haber asistido. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 5.92% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, 3.81% respondieron que Sí y 2.11% respondieron No haber asistido.

En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron si haber asistido a alguna actividad fue de 63.13% y sólo 36.85% para los que no asistieron alguna actividad. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que asistieron a alguna actividad familiar y/o social. Sin embargo, no se interrogó la frecuencia con que asistían a las diferentes actividades.

CUADRO No. 7 De 236 pacientes deprimidos a quienes se interrogó sobre si pertenecen o no alguna agrupación religiosa o deportiva el 62% presentó depresión leve de ellos el 41% Sí pertenece alguna agrupación y el 21% respondieron que No pertenecían a ningún grupo.

El nivel moderado correspondió al 32.1% de estos 20.3% respondieron Si pertenecían y 11.8% respondieron No pertenecer a ninguna agrupación. Con respecto al nivel severo de depresión se encontró que el 5.8% fue el total de los pacientes deprimidos, donde, el 20.9% respondieron que Sí y 20.9 % respondieron No haber pertenecido a ninguna agrupación.

En los tres niveles de depresión el porcentaje de pacientes que respondieron que si pertenecen a alguna agrupación fue de 64.2% y sólo 35.7% para los que respondieron no pertenecer alguna agrupación. Se observó que el mayor porcentaje de pacientes deprimidos fueron aquellos que respondieron si pertenecer a alguna agrupación religiosa o deportiva.

CUADRO No. 8 De 236 pacientes que presentaron algún nivel de depresión, el 86.42% tenía un ingreso económico menor de Q 1,180 y sólo en 13.55% era mayor de Q.1,180.00

El 61.85% correspondió a los pacientes identificados con nivel leve de depresión, de estos, el 52.11% tenían un ingreso menor de Q 1,180 y 9.74% un ingreso mayor de Q. 1,180.00.

Los identificados con depresión moderada representaban el 32.62%, en donde el porcentaje fue de 28.81% para el ingreso menor de Q. 1,180 y 3.81% para mayor de Q.1, 180.00.

Con depresión severa se identificaron 5.50% del total de deprimidos y los porcentajes con respecto al ingreso fueron de 5.50% para el ingreso menor Q. 1,180.00 y 0% para el ingreso mayor de Q. 1,180.00.

En el presente estudio se identificó que los pacientes con un ingreso económico menor de Q. 1,180.00 fueron los que representaron el mayor porcentaje en los 3 niveles de depresión; probablemente, esto conduce a un bajo nivel de vida por lo que no se satisface al máximo las necesidades básicas del adulto mayor y con esto se genera mayor probabilidad de presentar depresión.

CUADRO No. 9 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión el 58.88% tenía una procedencia de financiamiento propio y el 41.09% de los pacientes la procedencia era de otro medio (hijos, esposo o familiares).

Los pacientes identificados con depresión leve, representaban el 61.85% de estos, el 40.67% tenía procedencia del tipo propio y 21.18% de otros. El porcentaje de pacientes con depresión moderada fue de 32.20%, siendo 16.10% para ambos tipos de procedencia. El porcentaje total de pacientes con depresión severa fue de 5.92% donde el 2.11% corresponde a propio y el 3.81% a otros.

Para el estudio se identificó que los pacientes cuya procedencia del financiamiento era de tipo propio representaban el mayor porcentaje de deprimidos, sin embargo, no se interrogó si el financiamiento propio superaba o no el salario mínimo que debe poseer una persona para satisfacer sus necesidades básicas.

CUADRO No. 10 De 236 pacientes deprimidos el 87.28% correspondió a los pacientes no jubilados y únicamente el 12.65% a los jubilados. Con respecto a los niveles de depresión el 61.85% representaba a los pacientes con depresión leve, de estos, el 53.8% eran no jubilados y sólo 8.05% jubilados.

Los pacientes con depresión moderada representaban el 32.20% del total de deprimidos siendo 28.4% no jubilados y únicamente 3.8% jubilados. El 5.88% correspondió a los pacientes identificados con nivel severo de depresión, de estos, el 5.08% eran no jubilados y el 0.8% jubilados.

Para el estudio los pacientes no jubilados representaban el mayor porcentaje para los 3 niveles de depresión siendo además, los más encuestados por haberse realizado el estudio en hospitales nacionales.

CUADRO No. 11 De los pacientes identificados con algún nivel de depresión, el 67.3% presentaban enfermedad crónica, el 27.5% enfermedad aguda y el 5.0% no presentaban enfermedad diagnosticada por médico al momento de la entrevista.

Los porcentajes con respecto a cada uno de los niveles fueron: 61.3% correspondió al nivel leve de depresión en donde el 38.9% presentó enfermedad crónica, el 20.3% de forma aguda y 2.1% no enfermo al momento de la entrevista; los pacientes con depresión moderada representaban el 32.7% de la población deprimida de estos, el 24.2% con enfermedad crónica, 6.8% enfermedad aguda y 1.7% no enfermos; el porcentaje de pacientes con depresión severa era de 5.8% donde 4.2% presentaban enfermedad crónica, 0.4% enfermedad aguda y 1.2% no enfermos.

En el presente estudio llama la atención que los pacientes con enfermedad crónica presentaron mayor severidad de depresión al momento de la entrevista a diferencia de los pacientes con enfermedad aguda en quienes el nivel prevalente fue leve. Lo que evidencia que las enfermedades crónicas causan morbilidad depresiva directa o indirectamente.

IX. CONCLUSIONES GENERALES

- 1. Se entrevisto 376 pacientes, que asistieron a consulta externa de Ortopedia, Medicina Interna y Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Antigua Guatemala durante el periodo Diciembre-Enero 2004. De estos pacientes 62.7% presentan depresión. En este grupo, se detecto 37.23% sin depresión, 61.8% de pacientes con depresión leve, 32.18% depresión moderada y 5.92% severa.*
- 2. El sexo mas afectado en los tres niveles de depresión fue el femenino. En ambos sexos el nivel que predomino con mayor porcentaje fue el leve y el de menos porcentaje fue la depresión severa.*
- 3. Los pacientes casados fueron quienes presentaron mayor porcentaje de depresión leve y severa a diferencia de los pacientes viudos quienes presentaron mayor porcentaje de depresión moderada.*
- 4. Los pacientes con ingreso económico menor de Q. 1,180 y los pacientes no jubilados presentaron mayor porcentaje de nivel de depresión leve.*
- 5. Las enfermedades crónicas se asociaron a mayor porcentaje de depresión leve y moderada.*

X. RECOMENDACIONES GENERALES

A NIVEL NACIONAL

- 1. Fortalecer la Oficina de Apoyo al Adulto Mayor con el fin de proporcionar en forma gratuita consejería, asistencia tanto psiquiátrica como de atención a sus necesidades básicas para prevenir la depresión.*

A MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

- 1. Fortalecer el programa de salud mental y prevención de depresión, dirigido a Personas mayores de 60 años que pueda ser aplicado en centros de salud, Hospitales Departamentales, Médicos Ambulatorios y promotores en salud por medio de la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.*
- 2. Crear un grupo de apoyo terapéutico a nivel hospitalario con la participación de personal capacitado sobre el tema para dar un tratamiento integral a los pacientes, el cual debe contemplar tanta la enfermedad orgánica como los problemas afectivos con el fin de disminuir los ingresos hospitalarios y proporcionar al paciente una mayor calidad de vida.*
- 3. Crear programas intra hospitalarios de educación a la población y personal acerca de depresión, que no es simple tristeza o pereza, para dar un tratamiento adecuado y también dar salud mental preventiva enseñando a la población a enfrentar los eventos estresantes cada vez más comunes de forma constructiva.*

A FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

1. *Fortalecer en el pensum de pre-grado y post-grado de la facultad de ciencias médicas temas relacionados a Enfermedades Mentales con énfasis en los temas de Depresión y Ansiedad enfocados a detectar niveles de depresión y su relación con diferentes factores causales; por ser estos los problemas de mayor consulta según datos estadísticos, con la finalidad de que el estudiante y médicos residentes diagnostiquen un trastorno afectivo sin olvidar la patología de base que presente el paciente al momento de la entrevista.*
2. *Realizar trabajos investigativos donde se compare en forma más detenida la relación entre depresión y diferentes factores causales, especialmente en adultos mayores que provienen de familias depresivas o bien adultos mayores en los cuales el aspecto socioeconómico y cultural sea igual.*
3. *Crear seminarios de actualización a docentes universitarios para que así sean multiplicadores de la información del reconocimiento de las enfermedades mentales.*

XII. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1. Aguilar Marroquín, Gloria. La función de la psicoterapia en la depresión en el paciente tuberculoso del hospital de Amatitlan. Tesis (Licenciado en Psicología) - Universidad de San Carlos, Facultad de Psicología. Guatemala, 1990. 152p
2. Aguirre, D. Familia autoestima y vejez. Guatemala: Impresos D&M, 2000. 159p.
3. Barrera Pérez, Aída Guadalupe. Relación entre nivel de depresión y clase funcional en pacientes con artritis reumatoide. Tesis (Medica y Cirujana) – Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 130p.
4. Belsky, J. K. Psicología del envejecimiento; teoría, investigaciones e intervenciones. Barcelona: Masson, 1996. 454p.
5. Cecil Tratado de medicina interna. 20ed. México: Interamericana, 1999. 3,060p.
6. Bobadilla, Francisco Estuardo. Relación entre depresión y actitudes hacia la muerte. Tesis (Licenciado en psicología)-Universidad de San Carlos, Facultad de Psicología. Guatemala, 1982. 61p.
7. Castilla del Pino, C. Introducción a la psiquiatria; problemas generales psicopatologicos. 3 Ed. México: Alianza universidad textos, 1983. 325p.
8. Craing, Gary.: “Actividad física y deportiva en el adulto mayor”. Página <http://www.geocities.com/healthland/farm/8810/investia/activie3html>. 17 de septiembre del 2003.
9. Curruchiche Salazar, Aida Orbelina. Incidencia de la depresión en maestros de la asociación de jubilados de la cabecera departamental de Chimaltenango, comprendido entre 50 y 65 años de edad, retirados entre 1990 y 1992. Tesis (Licenciada en psicología)-Universidad de San Carlos, Escuela de psicología. Guatemala, 1993. 60p.
10. David, L. Introducción a la psicología. México: Interamericana, 1989. 794p.

11. David Gómez, Lucy. Consideraciones sobre la depresión y su diagnóstico psicológico. Tesis (Licenciado en psicología)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1967. 115p.
12. Escobar Calderón, Débora. Depresión en estudiantes de 4to. Y 5to. Año, Facultad de Ingeniería USAC. Tesis (Licenciada en psicología)-Universidad de San Carlos, Facultad de Psicología. Guatemala, 1998. 21p.
13. Principios de medicina interna. 14 Ed. México: Mc Graw Hill, 1998. 3111p.
14. Girón Mena, M. A. Liberación de la vejez. Barcelona: Cenaltex, 1982 65p.
15. Instituto Nacional de Estadística. Censo 2,002:XI de población y VI de habitación. Guatemala: Julio 2,003. 580p. (Fondo de población de las Naciones Unidas)
16. Kaplan, H. I. et al Compendio de psiquiatría. 2 Ed. México: Salvat, 1987. 979p.
17. Keko, W. The merk manual of geriatric. 5 ed. California: Mc Graw Hill, 1990. 257p.
18. Lovestone, S. La depresión en el anciano. Barcelona: Interamericana, 1997. 71p.
19. Mackinnon, R. M. El paciente deprimido. En su: Psiquiatría clínica aplicada. México: Interamericana, 1985. 510p. (pp.163-205)
20. Marín, C. et al. Guía depresión en el adulto mayor. México: Mc Graw Hill, 1997. 345p.
21. Millon, T. Trastorno de la personalidad; más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998. 853p.
22. Montenegro Franco, Sandra Georgina. Calidad de vida en personas catalogadas como adultos mayores. Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 65p.
23. Pardo de Vélez, G. et al. Factores sociales. En su: Investigación en salud. Colombia: Interamericana, 1997. 360p. (pp.293-302)
24. Patiño, J. L. Psiquiatría clínica. 2 Ed. México: Salvat, 1992. 450p.

25. Pichot, P. DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Masson, 1995. 909p.
26. Portillo Murillo, Maynor Raúl. Investigación de depresión en familiares con pacientes con problemas psiquiátricos. Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1987 72p.
27. Roca Barrillas, María Eugenia. Incidencia de la depresión en ancianos institucionalizados y no institucionalizados; estudio comparativo entre ancianos de 60 años en adelante de ambos sexos, de las instituciones San Vicente de Paul y Camip del IGSS, realizado durante el año 1989. Tesis (Licenciada en psicología)- Universidad de San Carlos, Escuela de psicología. Guatemala, 1990. 88p.
28. Soto Chávez, H. Neurotransmisores. Guatemala: Editorial AGPSB, 1996. 144p.
29. Surós Batlló, J. et al. Nociones de exploración psiquiatría y de psicopatología. En su: Semiología médica y técnicas exploratoria Barcelona: Masson, 1997. 1070p. (pp.1029-1043)
30. Sturgeon, W. Depresión como identificarla, cómo curarla, cómo superarla. 2 Ed. Barcelona: Grijalbo, 1981. 297p.
31. Valdés Mier, M. A. Psicogeriatría para médicos generales integrales. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1997. 122p.

XII. ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES DE LOS ENCUESTADOS

Edad: _____ *Sexo:* _____

Estado Civil:

Unido: _____ *Soltero:* _____ *Divorciado:* _____

Viudo: _____ *Casado:* _____

Etnia:

Ladino: _____ *Indígena:* _____

ASPECTO SOCIAL

¿Lo invitan a diferentes actividades sociales y/o familiares?

Sí _____ *No* _____ *¿Asiste a ellas?:* *Sí* _____ *No* _____

¿Pertenece a alguna agrupación: *Sí* _____ *No* _____

Religiosos: _____ *Deportivo:* _____

ASPECTO ECONOMICO

Ingreso económico:

Menor de Q. 1,180.00

Mayor de Q.1,180.00

¿Quién financia su sostenimiento?

Propio: _____ *Otros:* _____

Jubilado: *Sí* _____ *No* _____

ASPECTO DE SALUD

¿Padece de alguna enfermedad diagnosticada por médico? *Sí* _____ *NO* _____

Aguda _____ *Crónica* _____

**CONVERSIÓN DE LA PUNTUACIÓN BRUTA AL INDICE
DE EAD**

PUNT. BRUTA	INDICE EAD	PUNT. BRUTA	INDICE EAD
20	25	51	64
21	26	52	65
22	28	53	66
23	29	54	68
24	30	55	69
25	31	56	70
26	33	57	71
27	34	58	73
28	35	59	74
29	36	60	75
30	38	61	76
31	39	62	78
32	40	63	79
33	41	64	80
34	43	65	81
35	44	66	83
36	45	67	84
37	46	68	85
38	48	69	86
39	49	70	88
40	50	71	89
41	51	72	90
42	53	73	91
43	54	74	92
44	55	75	94
45	56	76	95
46	58	77	96
47	59	78	98
48	60	79	99
49	61	80	100
50	63		

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA: _____

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes declaraciones	NUNCA O MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE
1. Me siento descorazonado melancólico y triste.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2. Por la mañana es cuando mejor me siento	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
3. Siento deseos de llorar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
5. Como tanto como solía comer antes	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
6. Disfruto conversando , mirando y estando con mujeres/hombres atractivos	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
7. Noto que estoy perdiendo peso	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
8. Tengo problemas de estreñimiento	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
10. Me canso sin motivo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
11. Mi mente esta tan despejada como siempre	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
14. Tengo esperanzas en el futuro	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
15. Me irrito más de lo normal	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
16. Encuentro fácil el tomar decisiones	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
17. Siento que me necesitan y que soy útil.	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
18. Llevo una vida satisfactoria	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviera muerto	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
PUNTUACIÓN BRUTA				
INDICE EAD				