

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE TITULACIÓN



“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES QUE ACUDEN
POR PRIMERA VEZ A LA CONSULTA EXTERNA VESPERTINA DEL
SERVICIO DE GERIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO
LÓPEZ MATEOS” DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE
MÉXICO EN EL PERIODO DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DEL
2010”

CENTRO MÉDICO “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS”

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSGRADO DE LA
ESPECIALIDAD EN GERIATRÍA

AUTOR: M. ESP. EN M.I. HUGO GONZÁLEZ GÓMEZ

DIRECTORA DE TESIS:

ESP. EN M.I: LIGIA GARCÍA CACERES

REVISORES DE TESIS:

III.- ÍNDICE

I.	Portada	
II.	Título	
III.	Índice	2
IV.	Resumen	3
V.	Antecedentes	4
VI.	Planteamiento del problema	21
VII.	Justificaciones	22
VIII.	Hipótesis	23
IX.	Objetivos	24
X.	Método	25
XI.	Implicaciones Éticas	30
XII.	Resultados y discusiones	31
XIII.	Conclusiones	34
XIV.	Recomendaciones	36
XV.	Bibliografía	37
XVI.	Anexos	38

IV.- RESUMEN

La depresión es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, genera sufrimiento a quien la padece, y los problemas asociados a esta enfermedad son extremadamente costosos para la sociedad. La depresión es una de las enfermedades más debilitantes y más comunes entre los adultos mayores; sin embargo, generalmente es pasada por alto. No existe suficiente información acerca de la depresión entre los ancianos. Se necesita más investigación en depresión, ya que ello puede identificar áreas de intervención. Atender la depresión entre las personas de edad avanzada puede contribuir significativamente a reducir costos de atención en salud, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros.

Durante los últimos 50 años, el perfil de la población mexicana ha cambiado profunda y rápidamente. La población mayor de 60 años se ha incrementado desde el 5,1% de la población total o un millón de personas en 1940 a 6,1% o cerca de 5 millones de personas en 1990, y se espera que la población de 60 años o más aumentará al 14,6% o casi 19 millones de personas en el año 2025. En el Estado de México, en el año 2010 se considera que habitan 1 210 321 adultos mayores de 60 años.

El envejecimiento de la población se asocia a una mayor morbilidad, mortalidad, discapacidad y costos asociados. En parte, estos problemas son resultado de la acumulación de años de exposición a sustancias tóxicas, el tipo de calidad de vida y nutrición, eventos traumáticos en los últimos años, deterioro general del sistema inmunológico de los adultos mayores, etc. El creciente número de ancianos con problemas de salud ya está imponiendo una carga en el sistema de atención médica en México. Por ejemplo, el 30% de las camas en los hospitales generales están siendo utilizados por los adultos mayores. Estos datos muestran que las necesidades de las personas mayores dominarán los recursos disponibles y las capacidades del sistema de atención de salud en México. Los trastornos de ansiedad, abuso o dependencia del alcohol, el deterioro cognitivo y trastornos afectivos se espera que sean los problemas más prevalentes, los trastornos mentales de los ancianos a menudo no son bien evaluados o tratados, sin embargo, se asocian con importantes resultados funcionales. Los trastornos mentales se asocian con una carga innecesaria y el costo para los mexicanos mayores de esa edad, sus familias y la nación.

V.- ANTECEDENTES

EL PROBLEMA

Hasta un 10% de los adultos mayores de 65 años de edad o más que son vistos en atención primaria tienen depresión clínica, sin embargo, existe un estudio realizado en la ciudad de México que reportó una frecuencia de 72.1%, con una mayor frecuencia en mujeres, jubilados, pensionistas, sedentarios, en familias disfuncionales y con dependencia económica. **1**

La depresión es particularmente común en mujeres, en pacientes con enfermedades crónicas o insomnio persistente y en pacientes que han experimentado acontecimientos estresantes en su vida (e.g. la pérdida del cónyuge), que presentan declinación funcional o aislamiento social.

Los criterios para el diagnóstico de un episodio de depresión mayor están resumidos en la tabla 1

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de un episodio mayor de depresión

Criterio A: la presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

La depresión en los adultos mayores es a menudo no detectada o es tratada inadecuadamente en la atención primaria, especialmente en los hombres y en los miembros de grupos minoritarios raciales o étnicos. Las razones para esto son los estigmas asociados con la depresión y la creencia de que la depresión es una parte normal del envejecimiento. Los pacientes y cuidadores pueden asociar correctamente la depresión con la pérdida de un ser querido, sin embargo, si los síntomas de depresión mayor persisten durante más de 2 meses después de una pérdida, se debe considerar seriamente el tratamiento para la

depresión. La coexistencia de problemas, como son las enfermedades crónicas, el dolor, el deterioro cognitivo (que puede ser asociado con depresión o demencia) y el alcohol o abuso de sustancias, puede también complicar el diagnóstico y tratamiento de la depresión.

La depresión en la edad avanzada o tardía que es tratada inadecuadamente puede persistir por años y está asociada con una pobre calidad de vida, dificultad con el funcionamiento físico y social, pobre adherencia a tratamiento, agravamiento de problemas médicos crónicos, e incremento de la morbilidad y mortalidad por suicidio y otras causas. Los hombres tienen las mayores tasas de suicidio consumado (con el uso de armas de fuego en la mayor parte de los casos). El reconocimiento y tratamiento de la depresión puede ser lo más importante que los médicos de atención primaria pueden hacer para reducir el riesgo de suicidio. **2**

Existen estudios en los que se menciona que el uso de medicamentos para tratar la depresión en el grupo de mayor edad que viven en la comunidad no fue más eficaz que el placebo para el tratamiento de la depresión. Sin embargo dado el considerable apoyo psicosocial recibido por todos los pacientes, la condición de placebo representa más que la sola ingestión de una píldora inactiva. Había una respuesta muy variable al medicamento 18% a 82% y al placebo de 16% a 80%. **3**

GENÉTICA:

Los estudios que comparan las tasas de concordancia para la depresión mayor entre los gemelos monocigóticos y dicigóticos sugieren una heredabilidad de alrededor del 37%, que es mucho menor que la heredabilidad del trastorno bipolar o la esquizofrenia. Algunos aspectos de la personalidad normal, como son el evitar el daño, la ansiedad y el pesimismo, son también en parte hereditarios. La depresión de inicio precoz, grave y recurrente puede tener una heredabilidad más alta que otras formas de depresión.

Es claro, a partir de estudios de familias, que la depresión mayor no es causada por un gen único, sino es una enfermedad compleja con diversas características genéticas. Los estudios de genealogías con múltiples casos de depresión mayor han identificado regiones cromosómicas vinculadas con el trastorno, y algunas de estos loci se han reproducido en más de un estudio, aunque ninguna región cromosómica se ha replicado en todos los estudios genéticos de familias con depresión. Se han encontrado pruebas de la vinculación de la depresión recurrente, de inicio precoz en el cromosoma 15q25-q26, pero el riesgo atribuible a la población era pequeño.

No ha sido identificado fehacientemente un factor de riesgo molecular específico. Una variante común polimórfica de la región promotora ligada al transportador de serotonina (5-HTTLPR), que afecta al promotor del gen transportador de la serotonina, provoca menor captación de serotonina dentro de las células pre-sinápticas en el cerebro. Algunos estudios han demostrado que este polimorfismo no solo confiere una predisposición a la depresión, sino que también confiere una predisposición a una personalidad ansiosa y pesimista. Las imágenes cerebrales revelan diferencias funcionales en áreas relacionadas con las emociones en el cerebro entre portadores de diferentes polimorfismos comunes de 5-HTTLPR, a pesar de que no está clara una relación directa con la depresión. En un amplio estudio epidemiológico prospectivo, se encontró que el 5-HTTLPR predijo depresión solo en asociación con estrés concomitante. Varios factores ambientales pueden conferir una predisposición a la depresión por afectar el genoma epigenéticamente - por ejemplo, el aumento en la atención materna de roedores provoca un cambio epigenético en la región promotora del gen del receptor de glucocorticoides-

LA HIPÓTESIS DE LA MONO AMINO DEFICIENCIA

El sistema noradrenérgico y adrenérgico se originan profundamente en el cerebro y se dispersan sobre el cerebro entero, lo que sugiere un sistema capaz de modular muchas áreas del sentir, pensar y comportarse. Los primeros antidepresivos actúan mediante el bloqueo de la recaptura de norepinefrina y serotonina por las neuronas pre-sinápticas. Los efectos inmediatos de esta acción farmacológica son el incremento en la disponibilidad de la norepinefrina y la serotonina en la sinapsis y el aumento en la estimulación de la neurona post-sináptica. Se descubrió también que los inhibidores de la enzima mono amino oxidasa también tienen propiedades antidepresivas. Esta enzima cataboliza la norepinefrina y serotonina en las neuronas pre-sinápticas respectivas, y su inhibición, podría esperarse que aumentara la disponibilidad de neurotransmisores. Estos descubrimientos llevaron a una gran teoría de la depresión conocida como la hipótesis de la mono amino deficiencia. Numerosos estudios de los metabolitos de la norepinefrina y la serotonina en el plasma, orina y líquido cefalorraquídeo, así como los estudios post mortem de los cerebros de los pacientes con depresión, no han identificado fiablemente la deficiencia supuesta. Sin embargo, una forma recientemente descubierta de la enzima triptófano hidroxilasa, designada TPH-2, es específica para el cerebro, y podría explicar por qué los estudios anteriores post mortem de la actividad enzimática total no mostraban diferencias en la actividad de la enzima triptófano hidroxilasa entre pacientes con depresión y pacientes controles. Un estudio reciente mediante tomografía por emisión de positrones usando un ligando para la mono amina oxidasa cerebral mostró un aumento del 30% de la enzima en un subgrupo de pacientes con depresión. Un estudio que midió las diferencias en los metabolitos mono amino entre la vena yugular interna y la arteria braquial mostró una menor producción por el cerebro de metabolitos de norepinefrina en pacientes con depresión que en controles.

La serotonina y la norepinefrina pueden ser disminuidas experimentalmente en humanos mediante tratamientos orales. Una bebida conteniendo todos los aminoácidos excepto el triptófano estimula a el hígado para sintetizar proteínas y rápidamente disminuye el plasma (y por lo tanto el cerebro) de triptófano.

El triptófano, está limitado por la síntesis de serotonina en el cerebro. Como tal, el agotamiento de triptófano no induce depresión en los sujetos sanos, pero puede causar una recaída de depresión en pacientes que han sido tratados con éxito con un inhibidor de la recaptura de serotonina. Similarmente, la (α) metil paratirosina inhibe la tirosina hidroxilasa, el paso limitante en la síntesis de catecolaminas. El tratamiento con (α) metil paratirosina, no induce depresión en un sujeto normal, pero puede inducir una recaída en pacientes que han sido tratados con éxito con un inhibidor de la recaptura de norepinefrina. Estos hallazgos sugieren que la norepinefrina y la serotonina tienen papeles críticos en los mecanismos de estos tratamientos de la depresión, pero que otros factores neuroquímicos también son necesarios para causar depresión.

Debido a que las mediciones directas de la neurotransmisión mono amino no dieron resultados definitivos en relación a la depresión, se estudiaron sus efectos. (fig.1). El receptor de la serotonina-1B está localizado pre-sinápticamente y regula la liberación de serotonina por retroalimentación negativa. Estudios postmortem demostraron que los niveles de p11, una proteína que promueve la eficiencia en la señalización de los receptores de serotonina 1-B, está disminuida en los cerebros de los pacientes con depresión. El receptor de serotonina-1A está localizado tanto pre-sinápticamente como post-sinápticamente para regular la función de serotonina. El receptor puede ser evaluado en

pacientes con depresión mediante la inyección de agonistas específicos y midiendo la respuesta neuroendocrina específica, como es la elevación del nivel de prolactina. Los resultados sugieren que la sensibilidad de este receptor está reducida en pacientes con depresión. El receptor noradrenérgico (α_2), que es usualmente pre-sináptico, modula la liberación de norepinefrina por retroalimentación negativa (Fig. 1). Una sensibilidad mayor en el receptor ha sido descrita en pacientes con depresión, que es consistente con reducción en la liberación de norepinefrina.

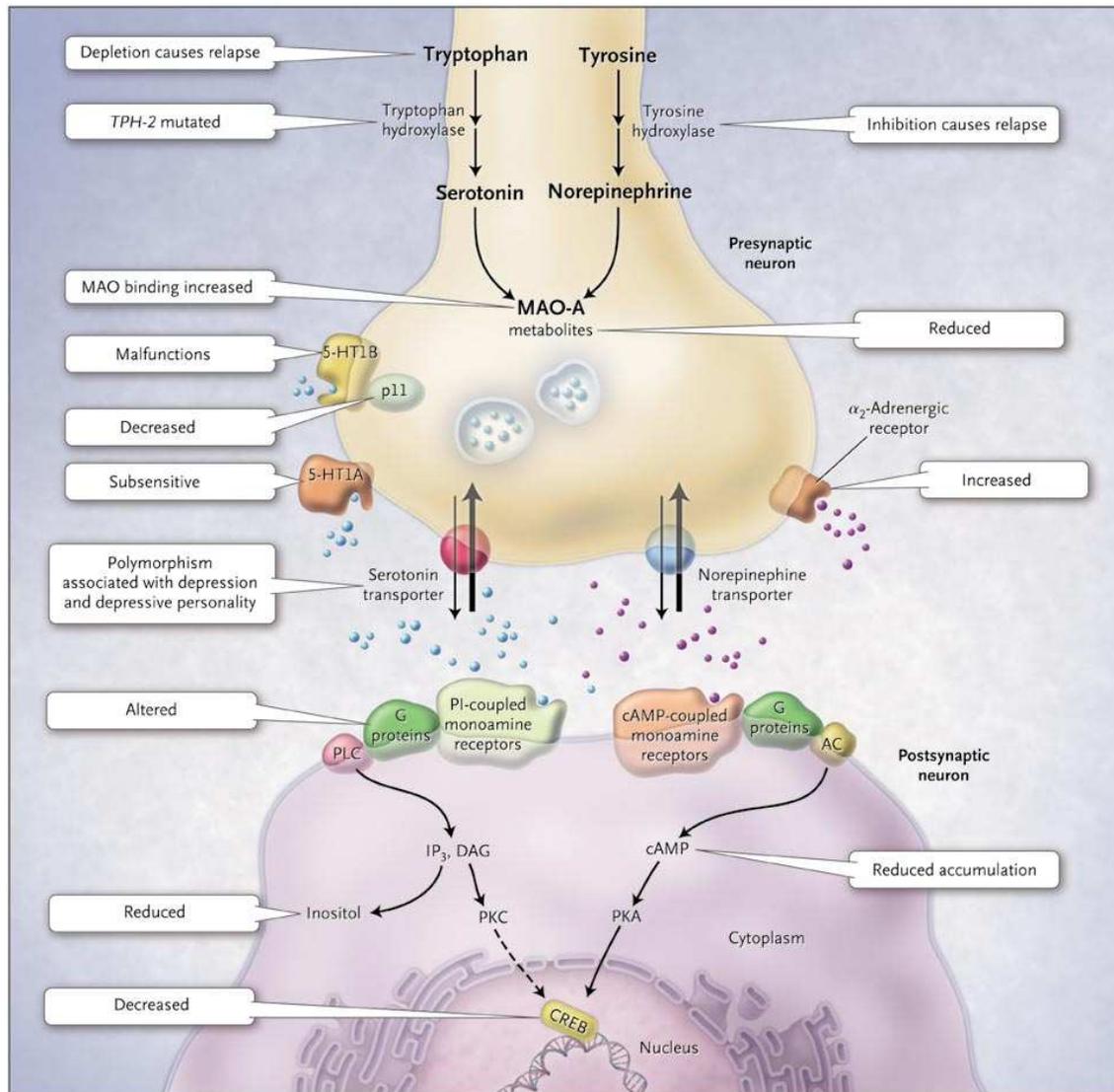


Fig.1 la hipótesis de la mono amino deficiencia ampliada. La hipótesis mono amina de la depresión postula una deficiencia en la neurotransmisión de serotonina o norepinefrina en el cerebro. La neurotransmisión mono aminérgica es mediada por serotonina (5-hidroxitriptamina 1A [5-HT1A] y 5-hidroxitriptamina 1B [5-HT1B]) o norepinefrina (noradrenalina) liberada de las neuronas pre-sinápticas (neurona serotoninérgica, mostrada del lado izquierdo), y neurona nor-adrenérgica, mostrada en el lado derecho [condensada virtualmente]). La serotonina es sintetizada a partir del triptófano, con el primer paso en vía sintética catalizado por la triptófano hidroxilasa; la norepinefrina es sintetizada de la tirosina, con el primer paso catalizado por la tirosina hidroxilasa. Ambos transmisores mono aminos son almacenados en vesículas en la neurona pre-sináptica y liberadas en el espacio sináptico, afectando por lo tanto a las neuronas pre-sinápticas y post-sinápticas. El cese de la acción sináptica de los neurotransmisores ocurre tanto por recaptura a través de los transportadores específicos de serotonina y norepinefrina y por retroalimentación de la liberación a través de los auto-receptores reguladores pre-sinápticos 5-HT1A y 5-HT1B

para la serotonina y el auto-receptor (alfa) 2-noradrenérgico para la norepinefrina. La mono amino oxidasa A (MAO-A) cataboliza las catecolaminas pre-sinápticamente y por lo tanto regula indirectamente el contenido vesicular. La proteína p11, que interactúa con los receptores 5-HT1B, aumenta su función. Post-sinápticamente, tanto la serotonina como la norepinefrina se enlazan a 2 tipos de guanina nucleótido trifosfato vinculados a los receptores acoplados a proteínas (proteína G): los receptores acoplados a AMP cíclico (cAMP), que activan la adenilato ciclasa (AC) para generar cAMP, los receptores acoplados a fosfatidilinositol (IP3) y diacilglicerol (DAG); cAMP activa a la Proteín cinasa A (PKA), y IP3 y DAG activa a la Proteín cinasa C (PKC). Las 2 proteín cinasas afectan la respuesta cAMP de la proteína enlazadora de elementos (CREB). Los hallazgos en pacientes con depresión que soportan la hipótesis de la mono amino deficiencia incluyen una recaída en depresión, mediante la inhibición de tirosina hidroxilasa o por depleción de triptófano en la dieta, una frecuencia aumentada de una mutación afectando la forma cerebro específica de triptófano hidroxilasa (TPH-2), aumentando la ligadura específica a la MAO-A, receptores 5-HT1A menos sensibles, receptores 5-HT1B fallos, niveles disminuidos de p11, polimorfismos de el transportador de recaptura de serotonina asociado con depresión, una respuesta inadecuada de proteínas G a señales de neurotransmisión, y niveles reducidos de cAMP, inositol y CREB en cerebros pos- mortem.

Es probable que en la depresión, el sistema de segundos mensajeros provoque una mala función de la neurotransmisión serotoninérgica y nor-adrenérgica, por esta razón los sistemas de segundos mensajeros fosfatidilinositol y AMP cíclico han sido ampliamente evaluados. Los niveles reducidos de inositol han sido encontrados en estudios post-mortem de los cerebros de personas que murieron por suicidio, y en espectroscopias de resonancia magnética de la corteza frontal en pacientes con depresión. Una respuesta lenta del AMP cíclico a la estimulación fue encontrada en estudios post-mortem de los cerebros de pacientes con depresión. Estas reducciones en la función de segundos mensajeros puede impedir la función neurotransmisora a menudo sin cambios en los niveles de catecolaminas o número de receptores. Estos datos indirectamente soportan elaboraciones de la hipótesis original de deficiencia mono amino en depresión (Fig.1).

Las proteínas G que median la señalización entre los receptores y el sistema de segundos mensajeros también ha sido investigada en pacientes con depresión, en estudios post-mortem del cerebro, y en estudios de células sanguíneas periféricas. Aunque este sistema está claramente afectado, no se ha encontrado un cuadro consistente debido a que existen numerosas formas de proteínas G que varían en diferentes áreas del cerebro. La proteína de enlace de elemento de respuesta del AMP cíclico (CREB) es un factor de transcripción afectado por el AMP cíclico en la célula. En un modelo animal de depresión, las ratas con sobreexpresión de CREB en el *giro dentado* se comportaron similarmente a las ratas tratadas con antidepresivos, pero se encontraron efectos opuestos cuando CREB fue sobre expresada en el *núcleo accumbens*. Así, el papel de CREB en la depresión es específico a la región del cerebro. Muchos pero no todos los estudios muestran que el tratamiento a largo plazo con antidepresivos estimula la función de CREB, posiblemente dependiendo del tipo de fármaco y dosis. Los niveles de CREB y fosfo-CREB estuvieron reducidos en estudios post-mortem de la corteza de pacientes que tuvieron un desorden depresivo mayor y que no tomaron antidepresivos, en comparación con los controles. Muchos estudios del sistema de segundos mensajeros y factores de transcripción en depresión fueron inspirados por la creencia que esto toma varias semanas antes de que el tratamiento antidepresivo tenga efecto, por consiguiente, los estudios fueron diseñados para detectar los cambios bioquímicos tiempo-dependientes en las células. Nuevos meta análisis sugieren que los efectos antidepresivos inician rápidamente, apoyando así la hipótesis clásica de la mono amino deficiencia.

Un punto fuerte en la teoría de la mono amino deficiencia ha sido su poder predictivo, casi cada componente que ha sido sintetizado para el propósito de inhibir la recaptura de serotonina o norepinefrina ha probado ser un antidepresivo clínicamente efectivo. Un modelo de comportamiento depresivo ha sido desarrollado en un roedor que se coloca en un

cilindro de vidrio lleno de agua, la pared vertical no ofrece opción de escape. El animal lucha por un rato y posteriormente flota pasivamente (el examen de nado forzado). Una sola inyección de antidepresivo incrementa el tiempo de lucha; los resultados en este modelo tiene excelente valor predictivo para los nuevos antidepresivos. Otros modelos animales han sido desarrollados por selección de ratas con conducta depresiva, y estos roedores genéticamente susceptibles también responden a los antidepresivos. Sin embargo, otros modelos que pueden ser estudiados bioquímicamente inducen depresión con el uso de estrés leve a largo plazo o impotencia o indefensión aprendida. Sin embargo, ningún modelo animal de depresión capta el cambio periódico de conducta dentro y fuera de la depresión que se ve en pacientes con depresión.

Técnicas moleculares como son los genes knock-out soportan parcialmente la teoría mono amino de la depresión. El ratón knock-out en el transportador de recaptura de serotonina es excesivamente ansioso y se caracteriza por incremento en la inmovilidad en el examen de nado forzado. Este efecto es similar al de una variante polimórfica de baja actividad del receptor de serotonina en la personalidad humana, pero es lo contrario de los efectos esperados de los antidepresivos que inhiben la recaptura de serotonina. Sin embargo, esta inconsistencia puede ser explicada por la diferencia entre una anomalía mono amino crónica durante el desarrollo cerebral, y la disminución hipotética aguda de catecolaminas en un adulto con depresión. La tabla 1 muestra los efectos en ratones con genes knock-out relacionados a los neurotransmisores mono aminos.

Los efectos de los estimulantes en la conducta soportan en forma indirecta la hipótesis de la mono amino deficiencia y demuestran que la conducta puede ser alterada rápidamente. La cocaína y las anfetaminas son liberadores poderosos de catecolaminas en el espacio sináptico así como inhibidores de su recaptura. Sus efectos elevadores de conducta son inmediatos, pero en pacientes con depresión severa se ha reportado que causan agitación más que liberación de a depresión. Este hallazgo puede reflejar la habilidad de estos estimulantes para disminuir la pre-sinapsis de catecolaminas y así causar un “crash” en la depresión. Estudios recientes soportan la teoría que una respuesta aguda a una sola dosis de anfetamina predice una respuesta a largo plazo en el paciente a los inhibidores de recaptura de catecolaminas.

El papel de la deficiencia de dopamina en la depresión es sugerida por la frecuencia de depresión en pacientes con enfermedad de Parkinson y el efecto de la reserpina que disminuye la serotonina, norepinefrina, y dopamina, causando un estado hipo activo en los animales. El agente antidepresivo bupropión inhibe la recaptura de dopamina. Varios agonistas directos al receptor de dopamina, como es el pramipexol, han sido reportados como eficaces en el tratamiento de depresión, aunque ellos fueron desarrollados para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson.

Una gran desventaja de la hipótesis de la amino deficiencia es el mecanismo de los antidepresivos disponibles actualmente. Aproximadamente dos tercios de los pacientes tienen respuesta clínica a estos agentes, mientras que una tercera parte responde a placebo. Tal vez el mecanismo de la depresión no se relaciona con catecolaminas en uno de tres casos.

Table 1. Monoamine-Related Gene Knockouts That Affect Depression-Related Behavior in Mice.*				
Gene or Protein	Function	Depression-Related Changes	Corroboration of Monoamine-Deficiency Hypothesis	Other Behavior Elicited by Knockout of Gene
<i>sert</i>	Serotonin transporter	Increased depressive behavior, reduced serotonin level, desensitized postsynaptic 5-HT1AR, and reduced presynaptic 5-HT1AR function ³²	No	Excessive anxiety ³²
<i>net</i>	Norepinephrine transporter	Reduced depressive behavior, prolonged norepinephrine clearance, elevated extracellular norepinephrine levels ³³	Yes	Increased locomotion response to amphetamines and cocaine ³³
<i>5-ht1ar</i>	Serotonergic 1A receptor (presynaptic autoreceptor and postsynaptic)	Reduced depressive behavior, normal serotonin level and release, impaired SSRI-induced neurogenesis ³²	No	Excessive anxiety, impaired hippocampal learning ³²
<i>5-ht1br</i>	Serotonergic 1B receptor (presynaptic autoreceptor and postsynaptic)	Reduced response to SSRI in forced swim test, reduced serotonin level and increased serotonin release, increased SSRI-induced serotonin release, decreased serotonin-transporter expression ³²	Yes	Increased aggressiveness, reduced anxiety, increased exploration, increased use of cocaine ³²
p11 (protein)	Interacts with and enhances signaling efficiency of 5-HT1BR	Increased depressive behavior, increased serotonin turnover ²⁰	No	Not reported ²⁰
<i>5-ht2ar</i>	Serotonergic 2A receptor	No change ³⁴	No	Reduced inhibition in conflict-anxiety paradigms ³⁴
<i>5-ht7</i>	Serotonergic 7 receptor (possibly presynaptic autoreceptor and postsynaptic)	Reduced depressive behavior and REM sleep duration ³⁵	No	Normal locomotion ³⁵
$\alpha_{2a}ar$	α_{2A} -Adrenergic receptors (presynaptic autoreceptor)	Reduced norepinephrine levels, presynaptic inhibition of release, ³⁶ increased depressive behavior ³⁷	No	Altered sympathetic regulation, ³⁶ impaired motor coordination
$\alpha_{2c}ar$	α_{2C} -Adrenergic receptors (presynaptic autoreceptor restricted to central nervous system)	Reduced depressive behavior ³⁸	Yes	Increased aggressiveness, ³² increased locomotion response to amphetamines ³⁶
<i>mao-a</i>	Monoamine oxidase A	Increased brain serotonin and epinephrine levels ³⁹	No	Increased aggressiveness and response to stress, ³⁰ decreased exploration ³²
<i>ac VII</i> (heterozygotes)	Adenylyl cyclase type 7	Reduced depressive behavior ⁴⁰	No	Unchanged anxiety ⁴⁰
<i>impa1</i>	Inositol monophosphatase 1	Reduced depressive behavior, unaltered brain inositol levels ⁴¹	Yes	Increased hyperactivity and sensitivity to pilocarpine-induced seizures ⁴¹
<i>smit1</i>	Sodium-myoinositol transporter 1	Reduced depressive behavior and brain inositol levels ⁴²	Yes	Increased sensitivity to pilocarpine-induced seizures ⁴²
<i>creb</i>	Cyclic AMP-response element-binding protein	Reduced depressive behavior, normal antidepressant-induced behavior ⁴³	No	No increase in BDNF after long-term use of antidepressants ⁴³
<i>bdnf</i>				
Male mice	Brain-derived neurotrophic factor	No depressive behavior ⁴⁴	No	Increased aggressiveness, hyperphagia, ⁴⁵ hyperactivity ⁴⁴
Female mice	Brain-derived neurotrophic factor	Increased depressive behavior ⁴⁴	Yes	Increased aggressiveness, hyperphagia ⁴⁵

* BDNF denotes brain-derived neurotrophic factor, 5-HT1AR 5-hydroxytryptamine 1A receptor, 5-HT1BR 5-hydroxytryptamine 1B receptor, REM rapid eye movement, and SSRI selective serotonin-reuptake inhibitor.

Tabla 1 genes knock-out relacionados a mono aminas que afectan la conducta relacionada a depresión en los ratones.

Estrés, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, y factores de crecimiento

El estrés es percibido por la corteza del cerebro y transmitido al hipotálamo, donde la hormona liberadora de corticotropina (CRH) es liberada dentro de los receptores hipofisarios. Este estímulo produce secreción de corticotropina en el plasma, estimulación de los receptores de corticotropina en la corteza renal, y liberación de cortisol en la sangre. Los receptores de cortisol hipotalámicos responden disminuyendo la producción de CRH para mantener la homeostasis. (Fig.2)

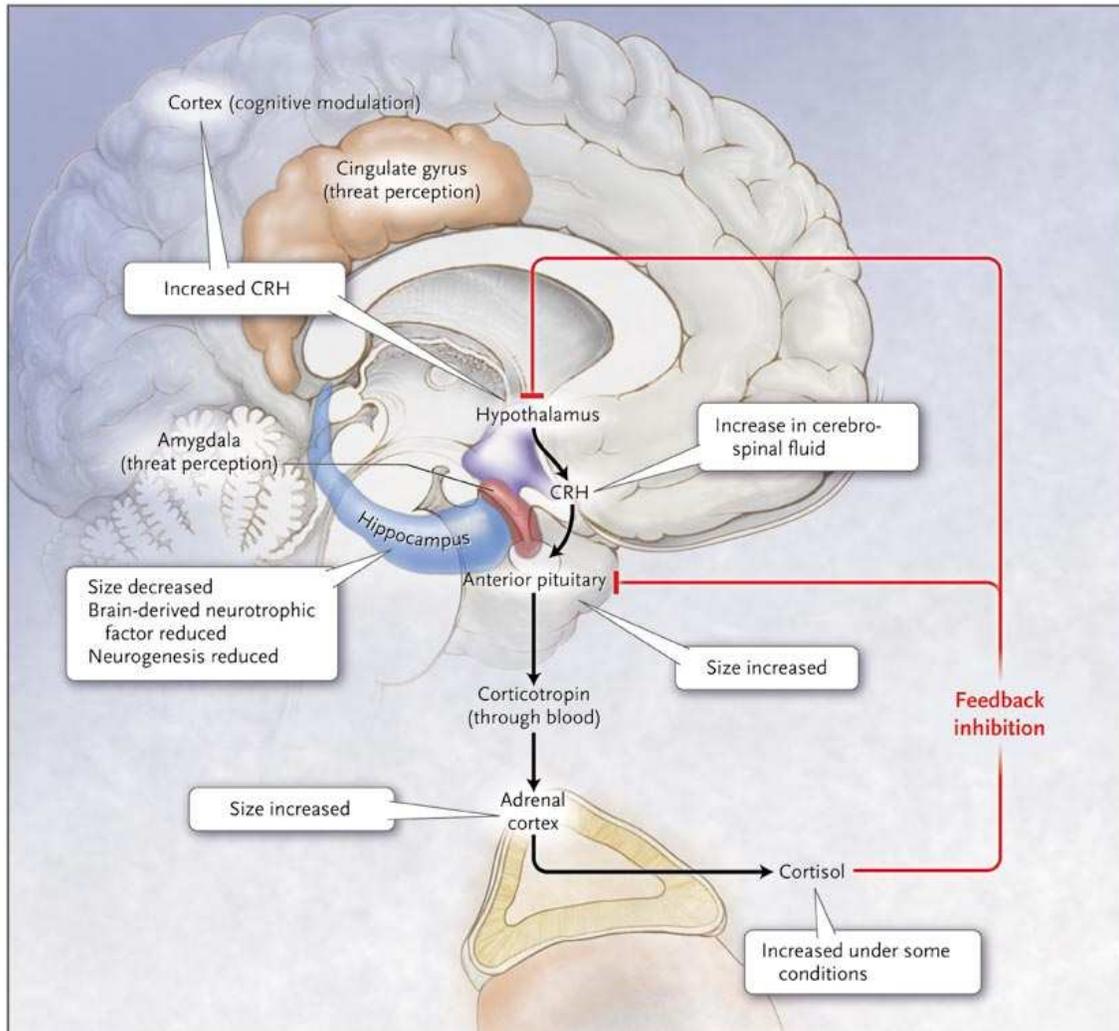


Figura 2. El sistema hipotálamo-hipófisis-cortisol en la depresión. La hipótesis hipotálamo-hipófisis-cortisol de la depresión postula que las anomalías en la respuesta del cortisol al estrés puede sustentar la depresión. Las flechas negras muestran que en respuesta al estrés, que es percibido por la corteza cerebral y la amígdala y transmitida al hipotálamo, se libera la hormona liberadora de corticotropina (CRH), induciendo a la hipófisis a secretar corticotropina dentro del flujo sanguíneo. La corticotropina estimula la corteza adrenal a secretar la hormona glucocorticoide cortisol. Las líneas rojas muestran que el cortisol, en turno, induce retroalimentación negativa en el hipotálamo y en la hipófisis, suprimiendo la producción de CRH y de corticotropina, respectivamente. Los hallazgos en pacientes con depresión que soportan el eje hipotálamo-hipófisis-cortisol incluye lo siguiente: los niveles de cortisol son a veces aumentados en depresión severa. El tamaño de la hipófisis anterior y la corteza adrenal está aumentado, y los niveles de CRH en el líquido cefalorraquídeo y expresión de CRH en las regiones límbicas en el cerebro están aumentados. El tamaño del hipocampo y el número de neuronas y glía esta disminuido, posiblemente reflejando neurogénesis disminuida debido a niveles elevados de cortisol o debido a reducido factor neurotrópico derivado del cerebro.

Existe evidencia considerable que el cortisol y su factor de liberación central, CRH, están implicados en la depresión. Los pacientes con depresión pueden tener niveles elevados de cortisol en el plasma, niveles elevados de CRH en el LCR, aumento en los niveles de RNA mensajero de CRH y proteínas en las regiones límbicas. En estudios usando dexametasona para evaluar la sensibilidad del hipotálamo a las señales de retroalimentación para el cierre o suspensión de liberación de CRH, la respuesta normal de supresión-cortisol está ausente en cerca de la mitad de los pacientes severamente deprimidos. Los antidepresivos que inducen remisión clínica se acompañan de reversión de varias de estas anormalidades.

Los adultos con una historia de abuso sexual o físico cuando eran niños tienen niveles aumentados de CRH en el LCR. Los roedores adultos que fueron separados de sus madres o maltratados como cachorros mostraron un aumento en la inmovilidad en el examen de nado forzado, que es revertido mediante tratamiento antidepresivo. Los ratones knock-out de regiones específicas de los receptores de glucocorticoide en la edad adulta tuvieron un incremento en la actividad de eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y aumento en la inmovilidad en el examen de nado forzado, los cuales fueron revertidos con tratamiento antidepresivo.

Los niveles elevados de catecolaminas en la sinapsis afectan el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal e invierten varios de los efectos a largo plazo del estrés. Es posible que los antidepresivos disminuyan la depresión por reducir el estrés secundario causado por una conducta abatida extremadamente más que por directamente elevar el ánimo. Un mecanismo anti estrés puede explicar la utilidad general de los antidepresivos por un amplio rango de condiciones psiquiátricas, incluyendo desorden de pánico, síndrome de estrés post traumático, bulimia, síndrome premenstrual, y conducta obsesiva compulsiva. Los antagonistas del receptor de CRH muestran actividad antidepresiva en modelos animales, pero los resultados de grandes estudios clínicos han sido decepcionantes. Un compuesto que bloquea el receptor de glucocorticoide ha sido reportado como eficaz en la depresión, pero solo en los casos más severos y de tipo psicótico.

Un examen único para determinar el nivel de cortisol en la sangre no contribuye al diagnóstico de depresión, dado que los niveles de cortisol varían marcadamente en un ritmo circadiano y debido a que la superposición de valores entre pacientes y aquellos en control es considerable. El estrés leve inducido en el laboratorio, como es el estrés asociado con cálculos mentales aritméticos o simular hablar en público da lugar a mayores cambios en los niveles de cortisol que aquellas diferencias reportadas entre los valores en pacientes con depresión y controles.

Es posible que las elevaciones crónicas leves de cortisol, especialmente en la noche cuando los niveles de cortisol en sujetos normales son muy bajos, tengan un papel patogénico en la depresión. Es también posible que las elevaciones periféricas de cortisol sean solo un reflejo de las alteraciones centrales en la señalización de CRH, que media los efectos del estrés ambiental en la conducta. Una gran desventaja de la teoría del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal de la depresión, es la dificultad de definir la relación del estrés a la depresión, algunos pacientes tienen un episodio depresivo en la vida, mientras otros tienen episodios recurrentes o a menudo un curso crónico. Varios tipos de estrés agudo, trauma en la niñez temprana, o problemas psicosociales de larga duración pueden estar involucrados y pueden dar lugar a diferentes respuestas del sistema de estrés. El estrés puede ser causante en varios casos y secundario a la depresión en otros.

El estrés severo en roedores no necesariamente es el modelo de estrés común en la niñez temprana o infancia. La asociación de abuso en la niñez temprana o infancia con trastornos psicopatológicos, incluyendo la depresión, en la edad adulta puede deberse a factores

comunes que unen a los autores de abuso y sus víctimas, incluyendo no solo genes compartidos si no también un entorno compartido de pobreza, desnutrición, y cuidados prenatales pobres. La depresión no es poco común en personas sin factores de riesgo psicosocial. La mayoría de los pacientes tratados por depresión no tienen evidencia de disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, al igual que muchos pacientes no tienen evidencia directa de deficiencia de catecolaminas en el cerebro.

La enseñanza clásica es que las neuronas no se dividen en el cerebro adulto de los mamíferos, pero estudios han demostrado que la neurogénesis ocurre en diversas áreas del cerebro, especialmente el hipocampo. La neurogénesis es más prominente en los roedores que en los primates, y varios se han preguntado si esto ocurre en el cerebro humano. Los niveles elevados de glucocorticoides pueden reducir la neurogénesis, y ha sido sugerido como un mecanismo para la disminución del tamaño del hipocampo en las imágenes por resonancia magnética del cerebro en muchos pacientes con depresión. En estudios postmortem de pacientes con depresión, han sido reportadas la pérdida de células en la corteza pre frontal subgenual del cíngulo anterior, atrofia de la corteza pre frontal dorso lateral y la corteza orbito frontal y un número aumentado de células en el hipotálamo y el núcleo dorsal del rafe. Estos efectos se asemejan a los cambios tróficos en el cerebro en pacientes con enfermedad de Cushing y en los roedores tratados con glucocorticoides, sin embargo, las elevaciones de cortisol en la depresión son mucho más bajas que en la enfermedad de Cushing.

El mantenerlos en un pequeño contenedor induce estrés en los roedores, suprime la neurogénesis, y este efecto es contrarrestado por tratamiento antidepresivo. Los antidepresivos también aumentan la neurogénesis en los primates no humanos. Se ha irradiado el hipocampo en ratones lo que suprimió la neurogénesis. La radiación también abole la habilidad de los animales a responder conductualmente a tratamiento antidepresivo en la prueba de nado forzado, pero este fenómeno no ocurre en cada cepa de ratones estudiados. *Henn y Vollmayr* resumieron otros estudios proporcionando evidencia que la neurogénesis disminuida es el resultado de estrés y ansiedad pero no puede ser conductualmente relevante. La relevancia de los modelos animales de neurogénesis a estudios clínicos de depresión ha sido puesta en duda por analogía con estudios de neuroprotección en accidentes cerebrovasculares, por lo que numerosos hallazgos en modelos animales no han sido replicados en estudios en humanos.

El factor neurotrópico derivado del cerebro (BDNF), un péptido neurotrópico, es crítico para el crecimiento axonal, supervivencia de las neuronas, y plasticidad sináptica, y sus niveles son afectados por el estrés y el cortisol. Un estudio postmortem de pacientes con depresión que cometieron suicidio demostró que el BDNF estaba reducido en el hipocampo. Los fármacos antidepresivos y tratamiento electroconvulsivo incrementan BDNF y otros factores neurotróficos y de crecimiento; una infusión bilateral única de BDNF dentro del giro dentado tiene efectos como un antidepresivo. Un estudio mostro que el hipocampo era más pequeño de lo normal en pacientes con depresión que transportaban un alelo met166 BDNF. En un modelo animal de depresión, la metilación de histonas media la disminución de transcripción BDNF y el tratamiento antidepresivo revierte este efecto. Estos estudios sugieren que el BDNF es el vínculo entre el estrés, neurogénesis, y atrofia del hipocampo en la depresión. Sin embargo, una asociación genética del polimorfismo BDNF val166met con la depresión, no ha sido replicada en muchos estudios, y BDNF puede estar relacionada no solamente a la depresión si no a múltiples problemas psiquiátricos. El ratón knock-out BDNF tiene conductas sin relación a la depresión. Los niveles reducidos de BDNF en la

sangre periférica de pacientes con depresión parecen derivar casi enteramente de plaquetas sanguíneas, y muchos artefactos deben ser considerados en la interpretación de estos hallazgos. La inflamación en el cerebro y varias neurotoxinas incrementan los niveles cerebrales de BDNF, sugiriendo que las acciones de BDNF no son uniformemente terapéuticas. *Castren* ha propuesto que el tratamiento antidepresivo puede incrementar la germinación sináptica y permitir al cerebro el uso de insumos de su entorno en forma más efectiva para recuperarse de la depresión. Esta hipótesis pone de relieve el papel que puede desempeñar la cognición en la depresión y sugiere que los mecanismos bioquímicos pueden ser inespecíficos.

Datos epidemiológicos fuertes puntualizan una asociación entre el trastorno depresivo mayor y un incremento en la morbilidad y mortalidad cardiovascular. En muchos pacientes, el desorden cardiovascular precede a la depresión, y en otros, la depresión precede al desorden cardiovascular. Tanto la deficiencia de ácidos grasos n-3 como los niveles elevados de homocisteína han sido implicados en la enfermedad cardiovascular y en depresión. Los niveles elevados de cortisol en la depresión pueden incrementar el riesgo de enfermedad arterial coronaria, dado que el cortisol incrementa la grasa visceral. El tratamiento antidepresivo incrementa el rango de supervivencia entre pacientes que se vuelven deprimidos después de oclusión coronaria. La señalización de células endoteliales juega un papel crucial en la neurogénesis, y estas células secretan BDNF; así, tanto la depresión como la enfermedad cardiovascular pueden ser ejemplos de daño endotelial. Los signos de procesos inflamatorios han sido descritos en depresión mayor y en enfermedad cardiovascular. Varios datos sugieren que el ejercicio tiene efectos protectores o terapéuticos en la depresión. Los modelos roedores soportan esta posibilidad.

OTROS MECANISMOS POSIBLES

La tabla 2 resume los mecanismos fisiopatológicos posibles de la depresión diferentes a aquellos basados en la hipótesis de deficiencia de catecolaminas o el papel del estrés, cortisol y neurogénesis. Muchos de estos mecanismos propuestos han sido implicados en trastornos neurológicos y psiquiátricos diferentes a la depresión. Dado que los componentes del cerebro están altamente interconectados, no es difícil encontrar posibles redes integradoras entre 2 o más teorías. Probar las teorías de una manera que puedan rechazar la hipótesis nula ha sido más difícil. La investigación en depresión ha sido muchas veces secuencialmente imitativa de ideas dominantes en campos relacionados, como son la neurogénesis, neurotransmisión del glutamato, y receptores nicotínicos, en lugar de progresar en su propio camino. **4**

Table 2. Additional Biologic Theories of the Pathophysiology of Depression.*		
Theory	Supporting Evidence	Contradictory Evidence
Altered glutamatergic neurotransmission	Glutamate and glutamine levels in the prefrontal cortex are reduced ⁹¹	Glutamate levels in the occipital cortex are increased ^{92,93}
	Intravenous ketamine, an NMDA antagonist, induces rapid, sustained antidepressant effect ⁹⁴	Ketamine binds to high-affinity-state D2 dopamine receptors ⁹⁵
	Cortical messenger RNA levels of glutamate transporters and of the enzyme that converts glutamate to glutamine are reduced ⁹⁶	It is not clear whether antidepressants affect AMPA receptors in the brain ⁹⁷
Reduced GABAergic neurotransmission	Levels of GABA in plasma, cerebrospinal fluid, the dorsolateral prefrontal cortex, and the occipital cortex are reduced ⁹¹⁻⁹³	GABA occurs in more than 30% of brain synapses, suggesting nonspecificity
	GABA-modulating agents have effects in animal models of depression ⁹⁸	There is a lack of difference in prefrontal cortex GABA levels on MRS in depression ⁹⁹
	Antidepressants affect GABAergic function ⁹⁸	GABA neurotransmission may be related to symptoms of anxiety in depression
Abnormal circadian rhythms	GABA neuron immunoreactivity is reduced in the prefrontal cortex ¹⁰⁰	
	Sleep deprivation and light therapy have antidepressant effects ^{101,102}	The association between clock-related genes and depression is inconsistent ¹⁰³
	Some patients with depression have circadian abnormalities of mood, sleep, temperature, and neuroendocrine secretion ¹⁰⁴	
Deficient neurosteroid synthesis	Rodents active during the day become depressed when daylight is shortened ¹⁰⁵	
	Cholesterol levels are low in plasma and the brain during depression ¹⁰⁶	The findings in schizophrenia are similar ¹⁰⁷
Impaired endogenous opioid function	DHEA has antidepressant effects in patients with depression ¹⁰⁸	Neurosteroids (neuroactive steroids in the brain that modulate neurotransmitter receptors) mostly affect memory and sleep
	δ -Opioid-receptor agonists have antidepressant-like effects in rodents and up-regulate levels of BDNF in the brain ¹⁰⁹	Although early reports suggested that opiates may be effective in treating depression, ¹¹⁰ data from large, controlled, randomized trials are lacking
Monoamine-acetylcholine imbalance	Capacity for cortical μ -opioid-receptor binding is decreased in response to sustained sadness ¹¹¹	
	Depressed mood can be induced in humans by administration of physostigmine, an acetylcholinesterase inhibitor ¹¹²	Mecamylamine, a nicotinic acetylcholine receptor antagonist, reduced symptoms of depression ¹¹³
Cytokine-mediated cross-talk between the immune system and the brain	Nicotinic acetylcholine receptor antagonists potentiate antidepressants ¹¹⁴	Many antidepressants are not anticholinergic
	Depression is common in infectious and autoimmune diseases ¹¹⁵	Most studies are correlative ¹¹⁶
	Exposure to cytokines induces depressive symptoms, and cytokine secretion is increased in major depression ¹¹⁵	Cytokine-induced depressive symptoms are temporary and not replicated in all studies ¹¹⁷
Thyroxine abnormalities	Antidepressants have antiinflammatory effects ¹¹⁵	Substance P antagonists are not therapeutic in depression
	Cytokines affect the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and monoamines ¹¹⁵	
	Levels of transthyretin are reduced in the cerebrospinal fluid in patients with depression ¹¹⁸	
	Thyroid hormones modulate the serotonergic system in the brain ¹¹⁹	Thyroxine monotherapy is ineffective
Dysfunction of specific brain structures and circuits	Brain neurogenesis is decreased after the administration of thyroxine in adult rats with hypothyroidism ¹²⁰	Hypothyroidism is not manifested in most patients with depression
	Rate of response to triiodothyronine is increased during depression ¹²¹	
	Transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex ¹²² and deep-brain stimulation of the anterior cingulate affect mood ¹²³	Implicated brain areas differ from study to study
	Glucose use is reduced in the prefrontal cortex ¹²⁴ and subgenual prefrontal cortex ¹²⁵	Inconsistent findings with respect to blood flow, volumetric, glucose utilization, and postmortem methodologies ^{63,124,126}
	Circuit dynamics in the hippocampus are altered in a rat model of depression ¹²⁷	

* AMPA denotes alpha-amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazole propionic acid, BDNF brain-derived neurotrophic factor, DHEA dehydroepiandrosterone, GABA γ -aminobutyric acid, MRS magnetic resonance spectroscopy, and NMDA N-methyl-D-aspartic acid.

Tabla 2. Teorías biológicas adicionales de la fisiopatología de la depresión.

Depresión en la edad avanzada

Como se demuestra en la tabla 3, no hay un acuerdo general sobre la eficacia de los antidepresivos para la depresión geriátrica. La eficacia comparativa y la tolerabilidad entre las diferentes clases de antidepresivos siguen sin embargo, siendo inciertas. Muchos meta análisis no encontraron diferencias entre los nuevos inhibidores de la recaptura de serotonina (SSRIs), los no inhibidores de la recaptura de serotonina y en los viejos antidepresivos tricíclicos (TCAs) con respecto a la eficacia o suspensión del tratamiento debido a sus efectos adversos. Por comparación, el consejo de expertos recomienda los SSRIs y los NSSRIs como los agentes de primera línea para la depresión geriátrica y sugieren evitar el uso de antidepresivos como son la amitriptilina, imipramina, o doxepina debido a los graves efectos adversos (e.g. cardiovascular) asociados con estos agentes.

Pharmacological treatments for geriatric depression

Evidence source and reference	Comments
Evidence-based reviews	
Thorpe et al., 2001 (11)	18 studies rated using standard guideline development criteria to determine preferred treatments. First-line treatments include bupropion, citalopram, fluvoxamine, mirtazapine, moclobemide, nefaxodone, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. Electroconvulsive therapy (ECT) is effective.
Meta-analyses	
Wilson et al., 2001 (12)	17 randomized controlled trials (RCTs) reviewed of community patients and inpatients over age 55. Tricyclics are effective. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) are likely to be effective. Discontinuation rates are similar across agents and placebo.
Anderson, 2000 (13)	11 RCTs support efficacy and tolerability for SSRIs and tricyclics among depressed adults over age 65. No significant difference in efficacy or tolerability between SSRIs and tricyclics.
Gerson et al., 1999 (14)	41 RCTs reviewed for treatment of major or bipolar depression for patients over age 55. Tricyclics, SSRIs, and "other" antidepressants are superior to placebo. Comparable efficacy and tolerability between tricyclics and SSRIs, but patients taking "other" antidepressants had lower dropout rates due to side effects.
Mulrow et al., 1999 (15)	27 RCTs reviewed for treatment of major depression among outpatients over age 60. SSRIs, newer SSRIs, and tricyclics are superior to placebo. Efficacy and discontinuation rates do not differ between classes.
McCusker et al., 1998 (16)	26 controlled studies reviewed for treatment of depression among adults aged 55 and over in community, outpatient, or nursing home settings. Heterocyclics and SSRIs are equally effective.
Mittmann et al., 1997 (17)	49 RCTs evaluated through 1996 for treatment of moderate or severe major or bipolar depression among patients over age 60. SSRIs, newer SSRIs, tricyclics, and MAOIs have similar efficacy, safety, and tolerability.
Expert consensus statements	
Alexopoulos et al., 2001 (18)	SSRIs preferred for all depression types; especially favorable results for citalopram, sertraline, and paroxetine. SSRIs or venlafaxine plus psychotherapy preferred for major depression. SSRIs plus psychotherapy preferred for mild depression or dysthymia. SSRIs or venlafaxine plus an atypical antipsychotic preferred for psychotic major depression. ECT is effective and a first-line treatment.
Mulsant et al., 2001 (19)	SSRIs recommended as first-line antidepressants. Patients unable to tolerate or unresponsive to antidepressants can be switched to another agent or be treated with interpersonal psychotherapy.
American Society of Health-System Pharmacists, 1998 (20)	Similar efficacy for different classes of antidepressants. Selection based on side effect profile, prior treatment response, type of depression, severity of symptoms, and concurrent drug therapy.
Lebowitz et al., 1997 (21)	SSRIs and tricyclics have comparable efficacy. However, SSRIs may be preferred because they are easier to use, require less dosage adjustment, and have more favorable side effect profiles.
National Institutes of Health, 1992 (22)	Most antidepressants are equally effective. Amitriptyline and imipramine should be avoided. Newer antidepressants favored due to decreased anticholinergic and cardiovascular side effects. Treatment should be continued at a sufficient dose for six to 12 weeks.

Tabla 3 Tratamiento farmacológico para la depresión geriátrica

Aunque los meta-análisis fallaron en encontrar una diferencia estadísticamente significativa en la tolerancia entre SSRIs y TCAs (basándose en rangos de discontinuación debido a efectos adversos), clínicamente pueden estar presentes diferencias significativas con respecto al tipo de eventos adversos experimentados. Por ejemplo, mientras las razones comunes para interrumpir los SSRIs incluyen alteraciones en el sueño, molestias gastrointestinales, ansiedad, cefaleas, y pérdida de peso, las complicaciones comunes de los TCAs incluyen efectos adversos inquietantes como son la hipotensión postural, las arritmias y los efectos anticolinérgicos. La tabla 4, resume la eficacia del tratamiento psicosocial para la depresión geriátrica. En general, la terapia cognitiva, terapia de la

conducta, y la terapia cognitiva-conductual (CBT) tienen el más grande soporte empírico para tratamiento en la depresión geriátrica. Varias otras intervenciones psicosociales son probablemente eficaces en los ancianos, incluyendo terapia de resolución de problemas, terapia interpersonal, terapia corta psico dinámica, y terapia de reminiscencia. Además, hallazgos de diversos RCTs sugieren que la combinación de intervenciones farmacológicas y psicosociales son más efectivas en prevenir la recurrencia de depresión mayor que cualquier intervención sola. El consenso de expertos encontró recomendado el uso combinado de tratamiento antidepresivo y psicoterapia para tratar la depresión en la edad avanzada, especialmente para episodios en que existe un estresante claramente identificado. Finalmente, un meta análisis comparando el rango de respuesta para tratamiento farmacológico y psicológico de depresión en pacientes mayores de 55 años encontró efectividad similar de los antidepresivos (TCAs y SSRI) e intervenciones psicosociales (cognitivo-conductual, conductual, y psicodinámico), aunque no son posibles conclusiones concluyentes dado el número pequeño de estudios y las diferencias metodológicas significativas entre los estudios.

Psychosocial treatments for geriatric depression

Evidence source and reference	Comments
Evidence-based reviews	
Laidlaw, 2001 (24)	6 meta-analyses and 10 outcome studies evaluated cognitive therapy for older adults with depression. It is effective for geriatric depression.
Thorpe et al., 2001 (11)	4 studies evaluated using standardized procedures to evaluate efficacy. Cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for mild to moderate depression have the most support among psychotherapies.
Gatz et al., 1998 (25)	21 studies evaluated using evidence-based criteria to determine efficacy. Cognitive therapy, behavior therapy, cognitive-behavioral therapy, brief psychodynamic therapy, life review, reminiscence therapy are "likely to be effective."
Meta-analyses	
Pinquart and Soerensen, 2001 (26)	122 controlled psychotherapeutic studies compared; each had an untreated control group with depression (mean age of over 55). Cognitive-behavioral therapy, brief psychodynamic therapy, and supported psychotherapy are effective.
Gerson et al., 1999 (14)	4 randomized controlled trials (RCTs) evaluated, comparing treatment response and tolerability for people over age 55. Cognitive-behavioral therapy, brief psychodynamic therapy, and drug treatment have similar efficacy and tolerability.
Cuijpers, 1998 (27)	14 studies evaluated of the effectiveness of outpatient psychotherapy for adults over age 55, including 12 RCTs. Comparable efficacy found for cognitive-behavioral therapy, problem-solving therapy, behavior therapy, supportive therapy, reminiscence therapy, and brief psychodynamic therapy.
McCusker et al., 1998 (16)	14 controlled studies evaluated for treatment of depression in adults age over age 55 in community, outpatient, and nursing home settings. Cognitive therapy and behavior therapy better than no treatment but not better than a similar amount of nontherapeutic contact or attention given to a control group.
Engels and Verney, 1997 (28)	17 studies assessed for treatment of depression; age range, 52 to 81 years; mean age, 69 years. Treatment is more effective than placebo or no treatment. Behavior therapy and cognitive therapy are equally effective, and more effective than cognitive-behavioral therapy and brief psychodynamic psychotherapy. Individual therapy is more effective than group therapy.
Koder et al., 1996 (29)	7 studies evaluated of cognitive therapy for older people; mean age range, 65 to 70 years. It is more effective than wait-list control group and may be more effective than behavior therapy or brief psychodynamic psychotherapy.
Scogin and McElreath, 1994 (30)	17 studies of the efficacy of psychosocial treatments for depressed patients; mean age, 62 to 85 years. Comparable efficacy of cognitive therapy, behavior therapy, interpersonal therapy, and supportive therapy.
Expert consensus statements	
Alexopoulos et al., 2001 (18)	Preferred psychotherapies include cognitive-behavioral therapy, supportive psychotherapy, problem-solving therapy, and interpersonal therapy. Psychoeducation and family counseling are also supported.
American Society of Health-System Pharmacists, 1998 (20)	Cognitive therapy, behavior therapy, and interpersonal therapy are effective as primary interventions for older adults with mild to moderate depression or can be used in combination with pharmacotherapy.
Lebowitz et al., 1997 (21)	Cognitive behavioral therapy, behavior therapy, problem solving therapy, and interpersonal therapy are effective alone and in combination with drug treatments.
National Institutes of Health, 1992 (22)	Psychosocial treatments are indicated in patients who do not tolerate or accept biological treatments. Cognitive-behavioral therapy, behavior therapy, interpersonal therapy, and brief psychodynamic psychotherapy are moderately effective.

Tabla 4 tratamiento psicosocial para la depresión geriátrica

Abbreviations: BPT, brief psychodynamic therapy; BT, behavior therapy; CBT, cognitive-behavioral therapy; CT, cognitive therapy; IPT, interpersonal psychotherapy; LR, life review; PST, problem solving therapy; RCT, randomized, controlled trial; RT, reminiscence therapy; ST, supportive psychotherapy.

Conclusiones

Existe una evidencia bien sostenida que soporta la eficacia de antidepresivos y tratamiento corto y a largo plazo en forma cognitivo, de conducta en el tratamiento de la depresión mayor geriátrica. Sin embargo, debe haber precaución en reportar la superioridad de un tratamiento sobre el otro, debido a los potenciales prejuicios a favor (como son la industria patrocinadora de estudios clínicos, selección simple, y diseño de estudio).

S.J. Bartels et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systemic reviews and meta-analyses. *Psychiatr Clin North Am* 26: 971-990.

La depresión y la ansiedad son los tipos más comunes de trastornos afectivos en el adulto mayor. Muchos instrumentos de detección se han desarrollado para identificar la depresión. Algunas de estas herramientas incluyen la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, la Escala de calificación de Hamilton, la Escala de auto calificación de Zung para depresión, y la lista de síntomas de Hopkins. La mayoría de estas escalas se han utilizado en estudios de investigación y unos pocos son ampliamente utilizados en la práctica geriátrica (por ejemplo, GDS).

Recomendaciones para el uso clínico. Los autores recomiendan una sola pregunta, como ¿Suele sentirse triste o deprimido?, Que suele ser sensible y constituirse como un primer paso para detectar la depresión. Esto es seguido por un instrumento de detección más detallada, como el GDS (5 -, 15 -, o la versión de 30 ítems) en la consulta diaria. Pacientes positivos requieren una evaluación médica detallada para el diagnóstico.

Adnan Arseven, MD et al. Assessment Instruments Clin Geriatr Med 21 (2005) 121- 146

La tasa más alta de suicidio (13,62 por 100 000 personas) se observó en los hombres de más de 65 años.

Puentes-Rosas E. La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(2):102-9.

En los pacientes que requieren cuidados paliativos por falla cardíaca en estadio D, NYHA III-IV,

Depresión. Aunque es común y normal que los pacientes padezcan la tristeza y el dolor con la progresión de la insuficiencia cardíaca, la depresión clínica es una enfermedad y debe ser tratado. La depresión lleva a la disminución de la calidad de vida y puede contribuir a resultados más pobres, quizás a través de incumplimiento médico. En pacientes gravemente enfermos, los síntomas comunes de depresión vegetativa, tales como falta de sueño, disminución del apetito, y la anhedonia, puedan derivarse de la enfermedad subyacente. Para estos pacientes, los sentimientos de culpa, inutilidad y desesperanza puede ser más específico para depresión. El tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se prefiere a los antidepresivos tricíclicos en pacientes con

insuficiencia cardiaca debido al potencial de este último a causa de hipotensión ortostática y arritmias.

Steven Z. Pantilat, MD. Palliative Care for Patients With Heart Failure JAMA. 2004;291:2476-2482

En esta cohorte del déficit en los adultos mayores en la memoria verbal inmediata y de corto plazo, el seguimiento mental, y habilidades verbales al inicio del estudio se asociaron con persistencia de síntomas depresivos significativos en evaluaciones de seguimiento. Este hallazgo es consistente con la asociación entre los cambios cognitivos y neuro-estado de ánimo depresivo en adultos mayores, pero la naturaleza exacta de estos cambios sigue siendo incierta. Algunos estudios indican una atenuación de la asimetría derecha-izquierda normal en los lóbulos frontales de los pacientes con depresión de inicio tardío

Ramin Mojtabai, MD, PhD. Cognitive Deficits and the Course of Major Depression in a Cohort of Middle-Aged and Older Community-Dwelling Adults J Am Geriatr Soc 52:1060–1069, 2004.

Se ha reportado una respuesta menor al uso de antidepresivos en la mujer adulta mayor que en las mujeres jóvenes

Grigoriadis S. PhD, MD. A Comparison of Antidepressant Response in Younger and Older Women J Clin Psychopharmacol 2003;23:405–407)

Protocolo para el manejo del estreñimiento en personas mayores
Cualquier persona mayor que se queja de estreñimiento debe considerarse el diagnóstico de depresión

John E. Morley, MB, BCha. Constipation and Irritable Bowel Syndrome in the Elderly Clin Geriatr Med 23 (2007) 823–832

En la enfermedad de Alzheimer, la depresión afecta al paciente cuando se empieza a dar cuenta que ya no tiene la misma capacidad de memoria y provoca depresión también en el cuidador la cual se incrementa conforme va empeorando el estado cognitivo del paciente.

Maria R. Hansberry, MD. Dementia and Elder Abuse Clin Geriatr Med 21 (2005) 315–332

Al considerar la depresión en el adulto mayor se debe tener algunas consideraciones especiales:

Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares y declinación socio-económica.

Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.

Depresión v/s demencia: Sus síntomas frecuentemente se confunden, coexisten o se agravan mutuamente.

Terapéuticas: Se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etáreo. Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un

síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivos. Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión. Dado la importancia de esta relación, entre depresión y demencia, especialmente en este grupo etáreo, será este aspecto en el que profundizaremos algunos conceptos.

se estudiaron 123 pacientes (51 hombres y 72 mujeres) 20.5% no tuvo depresión, 32.5% depresión leve, 44.5% depresión media y 2.5% depresión severa. María Silvia Tapia Mejía et al: Depresión en el adulto mayor

Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica

María Silvia Tapia-Mejía,* José J. Morales-Hernández,* Rubén Manuel Cruz-Ortega y Víctor De la Rosa-Morales*

* Departamento de Educación e Investigación Médica. Hospital General de Zona 1. Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlaxcala.

Los problemas de salud mental adquieren una importancia especial, durante el envejecimiento. La depresión es uno de los tres problemas prioritarios, en esta área, seguido de las demencias y el consumo en exceso de alcohol y medicamentos

Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto no tratada, siendo este un padecimiento potencialmente tratable. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en aspectos relacionados con morbilidad, esto último de manera particular en el anciano debido a la frecuente comorbilidad de: trastornos médicos no psiquiátricos y su asociación con patología depresiva, presentes simultáneamente en una interacción compleja, la cual dificulta su identificación.

Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. Durante la vejez se presentan diferentes eventos de tipo social biológico y psicológico; que son protagonistas de dicho proceso y contribuyen en mayor o menor grado para que en un momento determinado el paciente presente sintomatología depresiva. Es en esta época de la vida cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades, cónyuge, trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación. Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes,

favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad, El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas se den función de los recursos con que cuente el anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo, aunado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración y síntomas depresivos. Es muy común que ante estos fenómenos, la respuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción tanto con su familia, como con sus amistades y demás miembros de la sociedad.

El aspecto psicológico, como parte esencial en la dinámica de la depresión del paciente geriátrico, involucra el tipo de personalidad que el paciente haya desarrollado durante su vida previa. Las personas narcisistas y obsesivas, tienen un riesgo mayor de presentar síntomas depresivos durante la vejez. En general, las personas narcisistas están siempre atentas de obtener sus satisfactores a partir de bienes materiales, así como, el de buscar diferentes medios para mantenerla belleza física, la juventud y la salud. Es por ello, como se anotó previamente que los cambios del envejecimiento, al ejercer su efecto en la apariencia física de las personas encuentren en ellas pérdidas de belleza y juventud, por lo cual, al no lograr adaptarse adecuadamente a ello, favorecerán cuadros depresivos

Las escalas o instrumentos de medición deben poseer como características esenciales: validez y confiabilidad". Cuando va a seleccionarse algún instrumento debe considerarse, además del objetivo propuesto, su validez, especificidad, sensibilidad y confiabilidad. El término de sensibilidad se refiere a la capacidad del instrumento para diferenciar los casos (de depresión), de los que no lo son, La especificidad se refiere a la capacidad que tiene el instrumento para diferenciar los "no casos", (de depresión) de los que sí lo son, dicho en otras palabras en el porcentaje de pacientes con depresión (o con la enfermedad) quienes tuvieron una calificación positiva para el instrumento de detección. Es importante que el instrumento escogido haya sido validado en diferentes poblaciones para poder contar con la característica de universalidad.

De acuerdo a los objetivos del clínico, existen instrumentos que son útiles como ayuda para el diagnóstico de depresión, otros serán útiles para determinar la severidad de la depresión o bien para evaluar la respuesta al tratamiento que, se haya implementado. El instrumento que mejor ha probado su utilidad en la detección de depresión en el anciano es el denominado: Escala de Depresión Geriátrica (su siglas en inglés: GDS, en español: EDG), el cual fue inicialmente diseñado a partir de 100 reactivos, los cuales después de analizar su correlación, 30 de ellos se correlacionaron más significativamente con el diagnóstico depresión.

Los puntos de corte que se han establecido para el GDS son: de 0 a 10 en donde se considera que la persona no tiene riesgo de depresión, de 11 a 14 se considera que tiene una depresión leve, cuando es de 15 a 20 se considera que la depresión es moderada y cuando la calificación es de 21 a 30 se considera que el individuo tiene una depresión severa. Para este instrumento se ha propuesto una versión corta para facilitar su aplicación.

Sosa Ortíz A.L. et al Depresión En El Anciano Tópicos De Gerontología. UNAM,1998: 140-51

Condiciones como son el dolor crónico y el estrés predisponen a depresión y la depresión crónica predispone a deficiencia inmunológica, cáncer e incremento en la mortalidad.

Zucker Goldstein M. M.D. Depression And Anxiety In Older Women Primary Care: Clinics In Office Practice 2002 29; 1:69-80

La depresión es un factor de riesgo alto para solicitar ayuda constante, independientemente de otros factores, como son las enfermedades físicas y otros trastornos somáticos sin explicación.

M. Menchetti et al. Depression and frequent attendance in elderly primary care patients / General Hospital Psychiatry 28 (2006) 119-124

La depresión es una de las causas más importantes de discapacidad en el mundo, genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, y los problemas asociados con ella son extremadamente costosos para la sociedad. La depresión es una de las enfermedades más debilitantes y más comunes entre los ancianos; sin embargo, generalmente es pasada por alto. El estudio epidemiológico más reciente en México estima que la prevalencia de episodios de depresión mayor es de 7.8% en la población de entre 18 y 54 años de edad, superada únicamente por la dependencia al alcohol (8.2%). Un estudio previo encontró que los adultos mayores tienden a presentar niveles de depresión más altos que los adultos jóvenes. Hay importantes brechas de información acerca de la depresión entre los ancianos. Es preciso afinar las técnicas de medición, y se requiere más investigación acerca de factores de riesgo y protección para la depresión, ya que ello puede dar la pauta para establecer áreas de intervención. Atender la depresión entre las personas de edad avanzada puede contribuir significativamente a reducir costos de atención en salud, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otras necesidades de salud.

Durante los últimos 50 años, el perfil de la población mexicana ha cambiado profundamente y rápidamente. La población mayor de 60 años se ha incrementado desde el 5,1% de la población total o un millón de personas en 1940 a 6,1% o cerca de cinco millones de personas en 1990, y se espera que la población de 60 años o más aumentara al 14,6% de la población total en el año 2025. En otras palabras, desde 1940, el número de personas de 60 años de edad ha aumentado de manera constante, en relación con el resto de la población mexicana. En total, unos 17 millones de mexicanos tendrá 60 años o más en el año 2025. El envejecimiento de la población se asocia a una mayor morbilidad, mortalidad, discapacidad y costos asociados. En parte, estos problemas son resultado de la acumulación de exposición a sustancias tóxicas, la calidad de vida y nutrición, así como eventos traumáticos en los últimos años, los problemas que interactúan con los presentes de manera natural, proceso de deterioro general del sistema inmunológico de los adultos mayores. El creciente número de ancianos con problemas de salud que ya están imponiendo una carga del sistema de atención médica en México. Por ejemplo, el 30% de las camas en los hospitales generales están siendo utilizados por los adultos mayores, y cerca del 20% de todas las visitas de pacientes externos son para este grupo de edad. Estos datos muestran que las necesidades de las personas mayores dominaran a los recursos disponibles y las capacidades del sistema de atención de salud en México a partir de hoy. El envejecimiento de la población, sin duda, va a crear una mayor necesidad para la salud y el cuidado de la salud mental. En México, habrá por lo menos en el 17,4 millones de casos de trastornos

mentales entre las personas de edad en el año 2000, un 62% más que en 1985. Los trastornos de ansiedad, abuso o dependencia del alcohol, el deterioro cognitivo y trastornos afectivos se espera que sean los problemas más prevalentes. Si los estudios de los Estados Unidos y otros países sirven de guía, los trastornos mentales de los ancianos a menudo no son bien evaluados o tratados, sin embargo, se asocian con importantes resultados funcionales. En la medida en que los trastornos mentales no son reconocidos y se dirigió, no trastornos psiquiátricos se asocian con una carga innecesaria y el costo para los mexicanos mayores de esa edad, sus familias y la nación. Si bien nos damos cuenta de que hay lagunas en los conocimientos que sólo serán contestadas por una cuidadosa investigación en México, el propósito de este artículo es llamar la atención sobre una enfermedad para la que el tratamiento eficaz está disponible, pero que con frecuencia no recibe suficiente tratamiento en las personas mayores, a saber, depresión.

Depression as a public health concern

Comorbidity of depression with other public health problems

La depresión puede aumentar el riesgo de enfermedades somáticas y los accidentes, puede acelerar o agravar la progresión de deterioro funcional, y puede causar demoras innecesarias en la recuperación de la enfermedad. El cuerpo de evidencia que vincula la depresión con la salud de otros problemas es ya impresionante. La depresión se ha encontrado para ser asociado con los trastornos de ansiedad, sobre todo por el pánico y la fobia social, abuso de sustancias, suicidas y ataques al corazón, también, con una mayor mortalidad en los jóvenes, en el pacientes con ictus deprimidos de edad avanzada, y en. Otros problemas asociados con enfermedad depresiva se disminuyen las reacciones inmunológicas, diabetes mellitus, dolor crónico, problemas gastrointestinales, trastornos somatomorfos, la migraña dolores de cabeza, cáncer, enfermedad de Alzheimer, fracturas óseas y neurológicas diferentes

condiciones como la enfermedad de Parkinson y stroke.^{8, 9} Varios estudios han demostrado

que los pacientes con depresión tienden a ser altos utilizadores de los servicios médicos. En

A su vez, la sobre-utilización de los servicios puede tener un impacto en varias áreas de la prestación de atención de salud mental, debido principalmente a la falta de eficiencia y eficacia que se derivan de aumentos en la utilización de servicios (por ejemplo, el aumento de los costos, disminuyendo la disponibilidad de servicios). Por ejemplo, las estimaciones conservadoras indican que los pacientes de atención primaria que cumplen uno o más de las ocho DSM-III-R criterios de depresión mayor tienen mayores costos de atención de la salud (\$ 2 390) que los pacientes con trastornos subumbrales (\$ 1 098), y que aquellos que no cumplen los criterios de un trastorno psiquiátrico (\$ 749) .¹³ En un seguimiento de 12 meses para arriba, se estimó que sólo un 10% del coste total en el grupo más afectado fue debido a los costos de atención de salud mental . Por lo tanto, los mayores costos asociados con trastornos psiquiátricos se deben a una mayor utilización de todo tipo de pacientes internos y externos los servicios médicos, y no sólo debido al aumento de los costos asociados con la utilización de los servicios psiquiátricos. Otro reciente estudio

longitudinal que se centró en los adultos mayores reveló que los costos de atención médica para los pacientes con síntomas depresivos significativos fueron un 50% superiores a los costes para aquellos sin síntomas, y la diferencia se mantuvo estadísticamente significativa incluso después de controlar por diferencias en edad, sexo y crónica enfermedad médica. La diferencia en los costos no se explica por un mayor uso de care.14 especializados de salud mental

Cada vez es más claro que la depresión es un factor importante en el curso y la gravedad de las enfermedades del corazón, y que en la vida posterior de las dos condiciones puede tener una relación sinérgica.

Las condiciones médicas, tratamientos, medicamentos, y la depresión puede aumentar el riesgo de suicidio. Aunque se puede tratar, la depresión es a menudo no se trata, y las tasas de suicidio son altas entre los ancianos deprimidos. En realidad, la depresión es el trastorno psiquiátrico más a menudo vinculada al suicidio en los adultos mayores. Un hallazgo consistente de un número de estudios de las personas de edad revela que habían visto a su médico dentro de un breve intervalo antes de completar el suicidio. En algunos casos, las víctimas de suicidio pensaron que tenían una enfermedad terminal sin ninguna prueba, o pensaban que su médico se escondía información acerca de una enfermedad grave. En otros casos, las víctimas de suicidio se podría haber enfrentado un tratamiento inadecuado de la depresión, ya sea porque se les prescribió una medicación incorrecta o porque la dosis era insuficiente. Estos resultados muestran la importancia de reconocer y tratar adecuadamente la depresión, particularmente en contextos de atención primaria.

Los pacientes ancianos pueden recibir varios medicamentos de numerosos médicos en la búsqueda de un alivio sintomático de la depresión no reconocida, porque las intervenciones terapéuticas podrían ser duplicados o contradictorios y podrían estar asociadas con el desarrollo de neuroadaptación a los tranquilizantes, sedantes y analgésicos opiáceos. fiebre transitoria, arritmias y alteraciones en el estado mental en los ancianos pueden no ser reconocidos como un grupo de síntomas indicativos de un síndrome de abstinencia, y así el ciclo de dependencia podría ampliarse. Por lo tanto, la depresión se considera el reconocimiento de un primer paso importante en la respuesta al tratamiento para aquellos que tienen dependencia del alcohol y otras drogas.

La depresión no sólo conduce a mayores costos de atención de salud, sino también a una considerable y el sufrimiento innecesario de los pacientes. Los trastornos psiquiátricos se asocian con altos niveles de discapacidad, que muestran una relación dosis-respuesta (a los pacientes con morbilidad psiquiátrica y más comorbilidad tienen niveles más altos de discapacidad).

El reconocimiento de la depresión entre los ancianos puede ser difícil tanto en estudios epidemiológicos y en el contexto de las unidades de atención médica. En primer lugar, es interesante señalar que los estudios han encontrado una menor prevalencia de depresión entre los ancianos que en poblaciones más jóvenes. Esto puede explicarse por la consideración de varios factores que pueden actuar solos o en combinación. Entre estos factores, co-morbilidad con problemas somáticos pueden, directa o indirectamente a

explicar una buena parte de la subestimación de la depresión: directamente, porque dentro de las categorías jerárquicas de las enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, el DSM y CIE el), la depresión no puede ser diagnosticada en la presencia de cualquier otra enfermedad que podría explicar los síntomas de una o más depresión, e indirectamente, porque las personas mayores son más propensos a atribuir sus problemas a somáticas en lugar de a los orígenes emocionales

Los problemas que la humanidad podrá tener en el reconocimiento de la depresión incluyen características tales como la falta de conocimiento o comprensión de los síntomas por los pacientes y cuidadores, la tendencia a evitar la atención psiquiátrica, los temores de los gastos de consultas médicas y medicamentos, una idea falsa cultura del envejecimiento como una forma natural deprimente proceso, el aislamiento social y la falta de redes sociales que podrían ayudar a reconocer los síntomas. Además, los médicos pueden no detectar la depresión en pacientes con deterioro cognitivo, o cuando los cuidadores (familia, personal) no pueden o no están dispuestos a informar de los síntomas actuales, debido a los problemas que se han descrito antes

Al final del la tesis

El envejecimiento de la población ya no es un fenómeno exclusivamente observado en países desarrollados (por ejemplo, Japón, Estados Unidos, Alemania). De hecho, el grupo de edad compuesto por personas de 65 y más años ha sido el grupo de edad de más rápido crecimiento en México. Una de las consecuencias previstas del envejecimiento de la población es el aumento de los trastornos psicológicos que deben ser abordados por el sistema de salud mexicano. Nuestra revisión de la literatura sobre la depresión indica la necesidad de realizar nuevos estudios dado que la depresión y los problemas relacionados con la salud producen mucho sufrimiento a las personas, y son extremadamente costosos. Varios pasos pueden ser considerados a fin de responder mejor a las necesidades de salud de la población que envejece. En primer lugar, es importante documentar el grado de depresión entre los ancianos en México. Sin embargo, dado que estudios previos han mostrado un sesgo cultural en la medida, especialmente con el uso de análisis e instrumentos de diagnóstico desarrollados para las poblaciones de habla Inglés, los estudios deben ser realizados para establecer la validez y fiabilidad de los instrumentos con las poblaciones objeto de la investigación. Si bien está claro que los enfoques de medición refinada es necesario desarrollar, también tenemos que avanzar aún más nuestro conocimiento sobre el riesgo y factores protectores para la depresión en que estos datos podrían poner de relieve las áreas que necesitan ser dirigidas. Aunque un número de factores de riesgo y protección para la depresión de los adultos mayores han sido identificados en varios países, este tipo de trabajo necesita para progresar rápidamente en México. Un área tan importante de la investigación es el estudio de búsqueda de ayuda entre los mexicanos de edad avanzada. De acuerdo con Goldberg y el modelo de las vías a la atención de Huxley, parece como si la mayoría de los casos de depresión no ser identificado, tal vez, hasta que otros médicos y / o problemas más graves se han producido. Por lo tanto, el estudio de búsqueda de ayuda entre los mexicanos mayores no debe ser descuidado. Al mismo tiempo, el estudio en dispensarios de atención primaria acerca del reconocimiento de los pacientes con depresión, asistiendo a los médicos, podría

ayudar a aumentar la proporción de casos que reciben las intervenciones tempranas, y por lo tanto prevenir futuras complicaciones y la comorbilidad. La reducción de la depresión en los ancianos puede reportar importantes beneficios no sólo para el individuo en términos de sufrimiento disminuyó, sino también para los proveedores de atención de salud en forma de reducción de costos de atención médica. Una creciente literatura indica que a depresión en los ancianos puede contribuir significativamente a reducir los costos, disminuir la discapacidad, la morbilidad y la mortalidad. Esto generaría importantes ahorros y liberaría recursos que podrían ser dedicados a la atención de otros servicios de salud igualmente importantes necesidades. Como se señala en la cita de la Reforma de la Atención de Salud en México en la introducción de este documento, las semillas de futuros problemas se están plantando en la actualidad. Un enfoque multifacético y multidisciplinario de la salud y preparando los servicios de salud mental para el creciente número de mexicanos mayores de esa edad es esencial para hacer frente a los retos ya existentes, y lo será aún más importante durante los próximos años.

Wagner FA et al. Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Salud Publica Mex 1999;41:189-202.

Los factores de riesgo para los trastornos depresivos últimos años de vida y los síntomas depresivos se dividen tradicionalmente en la psicosocial, lo espiritual, y la biológica. Cada una de estas categorías cuenta con una literatura rica y extensa, algunos de los cuales es confuso e incluso contradictorios. A las características más significativas se presentan aquí, sin embargo, con la advertencia de que el clínico en el consultorio que se preocupa por el adulto mayor con múltiples condiciones médicas o múltiples pérdidas deben mantener un alto índice de sospecha para la depresión. Los estudios longitudinales de cohorte de las poblaciones bien definidas han identificado una serie de importantes factores de riesgo psicosocial para la depresión tardía: acontecimientos de la vida y las dificultades en curso, la muerte de un cónyuge u otro ser querido, la discapacidad funcional y deterioro, y la falta de apoyo social o póngase en contacto . Muchos adultos mayores tienen una o más de estos factores de riesgo psicosocial, sin embargo, no desarrollan la depresión. Las razones para esta observación es que los factores de riesgo psicosocial puede ser mitigada por factores personales o ambientales. En particular, la evaluación cognitiva de un factor de estrés y los procesos mediante el cual un adulto mayor con capas pluviales o se adapta a la estresante puede determinar si él o ella desarrolla un trastorno depresivo. La práctica religiosa se asocia con menores tasas de depresión en el nivel individual y entre los grandes grupos de adultos mayores, llevando a algunos a ver""manejar los asuntos religiosos como un mecanismo importante que amortigua el efecto de una serie de factores de riesgo para la depresión. Entre los factores biológicos, la susceptibilidad genética (o antecedentes familiares) no parece ser tan importante en el desarrollo de la depresión tardía como lo hace en los individuos jóvenes.reavivó el interés en la depresión vascular, sin embargo, puede dirigir la atención a los polimorfismos y mutaciones genéticas que se asocian con determinadas lesiones vasculares del sistema nervioso central que se observan en mayor número al comparar los adultos mayores que tienen depresión tardía con aquellos que no son deprimido. Además de la susceptibilidad genética, factores biológicos de riesgo para la depresión que han sido consideradas incluyen la disfunción endocrina, especialmente

trastornos del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, la activación del sistema inmune (inflamación), y deficiencias nutricionales. Aunque hay una abundancia de bibliografía sobre estos factores de riesgo biológicos y su correlación con la depresión tardía, poco se sabe acerca de las relaciones causales. Un número de condiciones médicas crónicas y ciertos medicamentos han sido implicados como factores de riesgo para la depresión o síntomas depresivos en los adultos mayores. En el consultorio, la depresión se puede esperar que se producen en una proporción sustancial de pacientes que han sufrido un infarto de miocardio reciente, la cirugía de bypass coronario o un accidente cerebrovascular y entre los que tienen demencia, enfermedad de Parkinson, insuficiencia renal o cáncer. Además, como las benzodiazepinas y los fármacos antihipertensivos se prescriben con frecuencia en la consulta, los profesionales de atención médica deben mantener un alto índice de sospecha para el desarrollo de síntomas depresivos en pacientes que los reciben.

Realizar el Centro de Epidemiológicos Studiesâ € "Escala de depresión o de la Escala de Depresión Geriátrica consume mucho tiempo. Teniendo en cuenta que una visita al consultorio típico incluye tres problemas y ocho decisiones sobre el cuidado, el tiempo es un bien escaso, y más breves métodos de cribado son preferibles. Una respuesta positiva a cualquiera de las siguientes dos preguntas es muy sensible y puede identificar más del 90% de los pacientes con depresión mayor:
¿Ha sido a menudo molesta sensación triste, deprimido o sin esperanza?
¿Ha sido a menudo molesto poco interés o placer en hacer las cosas?
La pantalla de dos preguntas, sin embargo, tiene una especificidad de sólo el 60% y requiere exámenes adicionales para confirmar. Un enfoque razonable para el reconocimiento es para sospechar un trastorno depresivo en un adulto de edad avanzada con múltiples condiciones médicas, accidentes cerebrovasculares, procesos neurodegenerativos como el Alzheimer €™ s la enfermedad de Parkinson o €™ s la enfermedad, o cualquiera de los factores de riesgo psicosocial se mencionó anteriormente. Tras la sospecha se eleva, el proveedor de atención primaria debe proceder a la evaluación que figura en la sección siguiente. Un enfoque es igualmente aceptable para administrar la pantalla la pregunta dos periódicamente sobre todos los adultos mayores en la práctica, seguida de la evaluación que se menciona en la sección siguiente si cualquiera de las preguntas genera una respuesta positiva.

Establecer el diagnóstico

Después de la depresión se sospecha, ¿cuáles son los próximos pasos en el proceso? Al menos tres de los síntomas en la lista de criterios DSM-IV para la depresión mayor (pérdida de peso, anorexia y fatiga) son tan generales que podrían estar asociados con una multitud de condiciones médicas y neuropsiquiátricas, por lo tanto, una historia cuidadosa y física examen son obligatorios. Se debe prestar especial dirigido a los anteriores episodios similares, abuso de drogas o alcohol, y los pensamientos de suicidio. Al igual que con la exploración física de las personas con demencia se sospecha, la exploración neurológica es fundamental, en busca de lateralización, temblores, cambios en el tono muscular y reflejos

lentos. En general se recomienda pruebas de laboratorio incluyen hemograma completo, análisis químicos, estudios de tiroides, y el nivel de vitamina B12 (ácido metilmalónico y los niveles de homocisteína, si la vitamina B12 se encuentra en el rango bajo de lo normal). Un estudio de imagen cerebral (TC o RM) se indica si hay un examen neurológico anormal o si la depresión vascular se sospecha. Después de la anamnesis y la exploración física y coincidiendo con la evaluación de laboratorio se ha descrito anteriormente, el DSM-IV para los trastornos depresivos más comunes se pueden aplicar. Para establecer un diagnóstico de depresión mayor, la persona debe haber estado de ánimo deprimido o pérdida marcada de interés que se experimenta la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas, y de intensidad suficiente para afectar el funcionamiento. Al menos cuatro de los siguientes ocho síntomas también deben estar presentes: (1) la pérdida de peso o la anorexia, (2) alteración del sueño, (3) agitación o enlentecimiento psicomotores, (4) fatiga o pérdida de energía, (5) sentimientos de inutilidad o la culpa, (6) Menor capacidad de concentración, (7) ideas de suicidio, o (8) pérdida de interés, incluyendo disminución del interés sexual. La depresión menor (también llamada subliminal o depresión subsindrómica) puede ser descrito como "cuasi accidentes" para cumplir los criterios del DSM-IV para depresión mayor, distimia, mientras que es una depresión crónica que dura 2 años o más, una vez más que no cumplan los criterios de depresión mayor. Hacer el diagnóstico de la depresión menor es importante porque hay evidencia de que los antidepressivos pueden ser eficaces

Lawhorne L, MD et al. Depression in the Older Adult Prim Care Clin Office Pract 32 (2005) 777-792

El insomnio también está relacionado con muchos trastornos psiquiátricos, en particular los trastornos del humor. El insomnio puede ser un síntoma de diagnóstico para la depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada. Los estudios han demostrado que no sólo puede ser el insomnio es un síntoma de depresión, pero que los pacientes con insomnio sin resolver son tres veces más propensos a desarrollar depresión

Ayalon L, PhD et al. Diagnosing and treating sleep disorders in the older adult Med Clin N Am 88 (2004) 737-750

La demencia en comparación con la depresión Diferenciación de demencia irreversible que resulta de la pérdida permanente neuronal y las alteraciones cognitivas potencialmente reversible consecuencia de la depresión puede ser problemático, pero las características clínicas puede ayudar con esta diferenciación. En la depresión, con frecuencia es el paciente que se queja de las dificultades cognitivas. En la demencia suele ser un familiar que lleva al paciente al médico. La duración de la depresión suele ser más corto, medido en semanas o unos meses, y que por lo general tiene un inicio más discreto que la mayoría de las causas de la demencia. Una historia personal o familiar de depresión también aumenta la probabilidad de depresión como causa de la dificultad cognitiva. No es común que la depresión por primera vez a presentar después de la edad de 60 años en ausencia de un factor precipitante claro como el duelo. Confirmación de los cambios de humor con el paciente es importante, porque las familias a menudo informe

depresión cuando el problema real sería mejor clasificadas como apatía. La apatía es común a los dos síndromes de demencia y la depresión [14]. La depresión raramente conduce a déficits cognitivos focales como afasia, apraxia y agnosia. Los pacientes con depresión suelen mostrar enlentecimiento psicomotor. El paciente deprimido a menudo pone mayor empeño pobres o de cooperación en las pruebas cognitivas y produce respuestas incompletas, con el pobre en las pruebas (por ejemplo, "no sé"). Aun cuando la función cognitiva del paciente mejora con el tratamiento de la depresión, hay un riesgo casi 50% de desarrollar demencia irreversible en los próximos años

Geldmacher D, MD et al. Differential diagnosis of dementia syndromes Clin Geriatr Med 20 (2004) 27- 43

La depresión afecta al 14% al 21% de los pacientes ancianos visto en el medio ambulatorio. El deterioro funcional debido a la depresión es comparable con o severa más de enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades cardíacas y gastrointestinales avanzada, y empeora con el tiempo si no se tratan. Los estudios demuestran que los proveedores de atención primaria no se identifican y tratamiento de la depresión y que la capacitación mejora las tasas de tratamiento

Freund K, MD, et al. Early Antidepressant Therapy for Elderly Patients Am J Med. 2003; 114:15-19

La depresión en la final de la vida no es normal. La depresión es a menudo desconocida, no se trata, y puede llevar a disminución en la calidad de vida, un dolor más severo, e incluso peticiones de acelerar la muerte. Por otro lado, la tristeza y el dolor son de esperar en los pacientes moribundos. El reto para el médico de hospital es distinguir entre la depresión y la tristeza y el dolor en un paciente el médico acaba de conocer. Los síntomas típicos vegetativa de anhedonia, falta de sueño y disminución del apetito puede estar relacionado con la enfermedad subyacente y no a la depresión. Más útil síntomas diagnósticos de la depresión en esta etapa son la culpa, desesperanza, impotencia e inutilidad. En los casos difíciles, la consulta psiquiátrica puede ser útil en el diagnóstico y tratamiento. Incluso al final de la vida no son eficaces medicamentos para tratar la depresión. La advertencia es que los pacientes una muerte a menudo no puede esperar 4 a 6 semanas para que los medicamentos tengan efecto. Aunque los ensayos clínicos son limitados, las recomendaciones de expertos para tratar la depresión en los enfermos terminales desde la psicoterapia, educación del paciente y la familia, y medicamentos.

El metilfenidato y la dextroanfetamina, a dosis inicial de 2,5 mg por vía oral por la mañana y el mediodía puede levantar el ánimo en tan sólo 1-2 días.

Pantilat S, MD, et al. End-of-life care for the hospitalized patient Med Clin N Am 86 (2002) 749-770

El dolor es un síntoma común en los adultos mayores en general, con estimaciones de hasta el 50% de los adultos mayores que experimentan gran dolor [25]. Pero aunque el dolor es generalizado en las personas de edad avanzada, el alivio del dolor a menudo no se logra. Se ha demostrado repetidamente que las personas de edad están en mayor riesgo para la analgesia inadecuada de las personas más jóvenes. Las mujeres de raza blanca y no, también están en mayor riesgo para el alivio del dolor de los pobres. Cuando los pacientes

mayores sufren de enfermedad avanzada, se prestará especial es necesario para garantizar el alivio del dolor. Los índices de dolor en el cáncer metastásico rango del 60% al 90%, y el dolor también es común en las etapas avanzadas de muchas otras enfermedades crónicas, con tasas del 50% al 80% reportado. El dolor puede ser causado por el proceso mismo de la enfermedad, las comorbilidades, o los tratamientos médicos prestados. La evaluación del dolor debe incluir una historia completa, examen físico pertinentes, y la evaluación del estado funcional. Las manifestaciones atípicas de dolor son comunes en los pacientes añosos, y pueden incluir confusión, fatiga, retraimiento y depresión

Depresión

La mayoría de los pacientes frente a una experiencia del diagnóstico terminal de una serie de triste, enojado, impotente, e incluso sentimientos sin esperanza. Para muchos, sin embargo, estos sentimientos son temporales, intermitentes, o moderadas en intensidad. La depresión clínica no siempre es fácil de identificar en pacientes con enfermedades terminales, como muchos de los marcadores estándar (por ejemplo, falta de apetito, alteraciones del sueño, fatiga) pueden ser causados por la enfermedad subyacente [34]. La investigación ha sugerido que simplemente hacer la pregunta "¿Está deprimido?" Puede ser un método eficaz de detección [35]. Disforia y la anhedonia son también signos más específicos de la depresión. Al igual que con la ansiedad, el tratamiento de la depresión pueden incluir no farmacológico y las intervenciones farmacológicas. asesoramiento psicológico, junto con el apoyo espiritual, puede ser valioso, y los antidepresivos, combinados con una atención renovada a la gestión minuciosa de otros síntomas físicos, también pueden contribuir al alivio para muchos pacientes. En casos graves, y con pacientes muy cerca de la muerte, puede haber un beneficio en un ensayo de los psicoestimulantes, que proporcionará una respuesta más rápida a la terapia. los antidepresivos estándar se puede iniciar al mismo tiempo, en su caso. Mirtazapina puede ser un antidepresivo muy útil en la enfermedad avanzada, debido a sus efectos secundarios comunes del apetito aumentado y mejorado el sueño

Ogle K, MD, et al. End-of-Life Care for Older Adults Prim Care Clin Office Pract 32 (2005) 811–828

Las estimaciones de la prevalencia de la depresión durante la enfermedad terminal rango de 1% a más del 40%, dependiendo de la enfermedad de la población estudiada y los criterios diagnósticos utilizados. Para los pacientes con cáncer, en general se estima que aproximadamente el 25% desarrollan alteraciones del ánimo significativa con aproximadamente un 10% el desarrollo de un trastorno depresivo mayor.

La depresión sigue siendo reconocidas por y bajo tratamiento en la población geriátrica y entre los enfermos terminales [14]. Una explicación para la aparente bajo tratamiento de la depresión en esta población es que el propio diagnóstico es problemático. Algunos enfermedades sólo podría explicar varios de estos síntomas adicionales, que podría dar lugar a más de un diagnóstico de la depresión. Por el contrario, los médicos podrían atribuir estos síntomas a causas médicas solos y no tienen en cuenta la posibilidad de depresión.

Algunos factores que pueden interferir con la detección y el tratamiento adecuados de la depresión en los adultos mayores con enfermedades terminales también son comunes en la población general médica. Estos incluyen variables médico que van desde un enfoque

demasiado estrecho de la enfermedad a la dificultad para aceptar sus propias limitaciones en los esfuerzos curativos.

Los adultos mayores pueden ser particularmente vulnerables a minimizar el estrés psicológico, dada la aparente socialización de sus niños en edad de restar importancia a las quejas, y posible deseo de evitar el estigma de un diagnóstico de depresión. Los pacientes pueden dejar de dar prioridad a la depresión como lo suficientemente importante como para que aparezca en el encuentro médico, especialmente si otros síntomas físicos son prominentes

Goy E, PhD et al. End-of-life care in geriatric psychiatry Clin Geriatr Med 19 (2003) 841– 856

La depresión se ha demostrado para predecir el declive funcional y la aparición de la discapacidad, mientras que la discapacidad en aumento y disminución de la salud se ha encontrado que preceden a la aparición de síntomas depresivos en los adultos mayores. Callahan et al encontraron que los pacientes con síntomas de depresión al inicio del estudio tuvieron el doble del deterioro funcional en comparación con los adultos sin depresión. Durante un período de 6-años de seguimiento, los pacientes con síntomas de depresión eran más propensos a reportar síntomas y el deterioro funcional en el seguimiento. Además, peor funcionamiento físico y una disminución de la función se asociaron con aumento de sintomatología depresiva en el seguimiento. La depresión se ha encontrado para ser comórbidos con trastornos de ansiedad. Beekman et al informó que en el LASA, el 47,5% de las personas con trastorno depresivo mayor también se reunieron los criterios para los trastornos de ansiedad, mientras que el 26,1% de las personas con un trastorno de ansiedad también se reunieron criterios para trastorno depresivo mayor. Encontraron, sin embargo, que una comparación de factores de riesgo que revele más diferencias que similitudes entre los dos trastornos. La depresión también se asocia con problemas de alcohol en la vejez. En los estudios de corte transversal, la depresión se ha asociado con deterioro cognitivo. La depresión también se ha demostrado para predecir el deterioro cognitivo y demencia. Por último, la prevalencia de depresión entre los pacientes con enfermedad de Alzheimer ha dado lugar a la discusión de una nueva categoría diagnóstica para describir la depresión de la enfermedad de Alzheimer. Por último, la depresión se ha encontrado para ser un factor de riesgo de mortalidad, mientras que otros estudios no han encontrado una asociación. Otros han encontrado una asociación entre la depresión y la mortalidad que se atribuye a los efectos de intervenir variables como la salud física y función. Algunas investigaciones sugieren que sólo aquellos con niveles más severos de depresión tienen un mayor riesgo de mortalidad, mientras que aquellos con un menor o leve depresión no tienen un mayor riesgo. Penninx et al encontrado en la LASA que los hombres y las mujeres con depresión mayor y los hombres con depresión menor se encontraban en mayor riesgo de mortalidad, mientras que las mujeres con depresión menor importancia no se. Como veremos más adelante, la depresión es también un factor de riesgo para el suicidio

Hybels C, PhD, et al. Epidemiology of late-life mental disorders Clin Geriatr Med 19 (2003) 663– 696

Para reducir la incidencia de la depresión en las personas de edad, dos tipos diferentes de modelos de intervención puede ser explorado solo o en combinación, es decir, modelos de riesgo de reducción de los factores y modelos de intervención breve preventiva. En cuanto a los modelos de riesgo factor de reducción solamente, tres de los cinco factores de riesgo

identificados son potencialmente modificables (es decir, la pérdida, alteración del sueño, y las enfermedades crónicas y discapacidad).

Con base en los datos agrupados odds ratio en este meta-análisis, los riesgos atribuibles para estos 3 factores de riesgo fueron el 69,4% (95% IC, 42,2%, 79,5%), 57,0% (95% IC, 35,7%, 73,3%), y 56,5% (95% IC, 20,4%, 83,5%), respectivamente. Por lo tanto, una gran proporción de la depresión en ancianos de la comunidad se puede atribuir a uno de estos factores de riesgo. Debido a estos factores de riesgo son frecuentes en personas mayores de la comunidad, las intervenciones para reducir los podía esperar a tener un impacto importante de salud pública.

Estas intervenciones pueden incluir la educación sobre la importancia de los factores de riesgo, pérdida de seres queridos y el apoyo, entrenamiento en habilidades nuevas, ""de mantenimiento de rutinas de protocolos, la mejora de los apoyos sociales, la terapia individual o de grupo para facilitar el ajuste a la pérdida de la función, y el sueño protocolos de mejora.

Un elemento común de estos tres últimos tipos de intervenciones fue el uso de técnicas cognitivo-conductuales para fortalecer y reducir los pensamientos negativos, las cuestiones que son muy relevantes para los trastornos depresivos en muchas personas mayores. múltiples pérdidas, enfermedades crónicas y la discapacidad, y privación de derechos a menudo conducen a un círculo vicioso de la falta de autonomía, el pensamiento negativo, sentimientos de impotencia, baja autoestima y depresión. Las intervenciones cognitivo-conductuales, que permiten reducir los pensamientos negativos y así puede reducir la incidencia de la depresión en esta población

Cole M, MD, FRCP(C) Evidence-Based Review of Risk Factors for Geriatric Depression and Brief Preventive Interventions Psychiatr Clin N Am 28 (2005) 785–803

La enfermedad más común que lleva a la pérdida de peso en las personas mayores es la depresión. La depresión se asocia comúnmente con la fragilidad y el deterioro funcional.

Morley J, MD, Frailty Med Clin N Am 90 (2006) 837–847

Un creciente cuerpo de literatura proporciona guías de cuidado directrices basadas en evidencia, aunque los datos aún están lejos para el tratamiento de la depresión en la vejez
Terapia cognitiva conductual y psicoterapia de soporte.

En esta investigación, la CBT y SP fueron igualmente eficaces en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión....

Loebach J, PhDa Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders Psychiatr Clin N Am 28 (2005) 871–896

Médicamente pacientes ancianos enfermos comúnmente tienen algún grado de depresión. Dependiendo de cómo se realiza la evaluación, la prevalencia varía. La depresión mayor se diagnostica en el 10% al 21% de los pacientes de edad avanzada; síntomas depresivos menores son frecuentes en 14% al 25% de los pacientes. Estudios anteriores encontraron que alrededor del 40% de los pacientes ancianos ingresados sufre alguna forma de síndrome depresivo, con al menos 10% requiere tratamiento. El diagnóstico de la depresión es importante, pero puede ser difícil. Como resultado, la condición es comúnmente subestimada por los clínicos. La depresión puede ser especialmente complicado de diagnosticar en los pacientes con delirio o demencia. Estos pacientes pueden negar sus síntomas depresivos, se olvidan de ellas, o presentarse de forma

atípica.

Los pacientes ancianos que están delirando también pueden tener síntomas depresivos en la presentación que no se reconocen. Los pacientes ancianos deprimidos también pueden presentar retraso del crecimiento", "o tienen muchos síntomas somáticos. La depresión no diagnosticada tiene importantes consecuencias ya que los pacientes ancianos con enfermedad aguda con síntomas depresivos tienden a tener peores resultados. Incluso cuando se controla por la gravedad de la enfermedad y las enfermedades concomitantes, son más propensos a experimentar un deterioro clínico en el hospital y tienen menos probabilidades de mejorar el momento del alta hospitalaria o hasta 90 días después. Después de la hospitalización, los pacientes con depresión también tienen una mayor tasa de mortalidad, que no esté relacionada con la gravedad de la enfermedad médica

Callahan E, MD Geriatric hospital medicine Med Clin N Am 86 (2002) 707–729

4. Tratamiento

El tratamiento debe iniciar al momento de realizarse el diagnóstico (20) (III, C). Los pacientes deprimidos tratados con antidepresivos tienen una mejoría significativamente mayor que aquellos tratados con placebo o no tratados (9,14,19) (Ib, A; Ib, A; Ia, A), pero si se agregan al manejo los aspectos psicológicos, incrementa su efectividad (5) (III, C).

Las metas del tratamiento son: mejorar el humor y la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como reestablecer y/o mejorar la funcionalidad física, mental y social (8, 14, 20, 24) (Ib, A; Ib, A; III, C; III, C).

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológica, psicoterapéutica y psicosocial, con citas a consulta de vigilancia cada dos semanas durante las primeras seis semanas en el primer nivel de atención. Esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% (80% de mejoría para pacientes con triple manejo y 40% para pacientes sólo con manejo psicofarmacológico además de consultas mensuales) (14) (Ib, A).

4.1. Intervención psicoterapéutica. Es la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional, que el médico dará a su paciente durante su consulta habitual. El usar sólo esta medida, no es efectivo para el manejo de la depresión (5) (III, C).

4.2. Intervención psicofarmacológica (anexo III). Para decidir el tratamiento de elección se recomienda verificar siempre las posibles interacciones medicamentosas y contraindicaciones; en enfermedades crónicas se debe evaluar la función renal con la fórmula de Cockcroft- Gault. ($CL_{cr} = \frac{[140 - \text{edad (años)}] \times \text{peso (kg)}}{[72 \times \text{niveles de creatinina sérica (mg/dL)}] \{ \times 0.85 \text{ en mujeres} \}}$), para hacer el ajuste correspondiente (7).

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) (imipramina y amitriptilina) tienen más efectos secundarios (anticolinérgicos y cardiotoxicos) que los antidepresivos heterocíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), y se administran tres veces al día (7, 17) (Ia, A; Ia, A); por lo que su uso no se recomienda en el primer nivel de atención y debe reservarse para indicación exclusiva del médico especialista en psiquiatría (17) (Ia, A).

Los ISRS son de mayor costo económico, menos efectos secundarios y se administran una vez al día (23) (Ia, A), por lo que existe mayor apego al tratamiento (10, 16) (Ia, A; Ia, A) y

en el paciente ambulatorio adulto mayor, la combinación de ISRS y terapias psicológicas es el tratamiento más efectivo para la depresión mayor leve o moderada (18) (III, C).

Los medicamentos sugeridos en esta guía son: fluoxetina (fluoxac, prozac), o citalopram (seropram), o paroxetina (aropax, paxil)(en ese orden de recomendación), los tres en presentación de tabletas o cápsulas orales de 20 miligramos.

En los pacientes que además presenten ansiedad y/o insomnio se sugiere utilizar clonazepam (rivotril) en gotas para un mejor control de dosis, ya que las modificaciones se podrán realizar a micro dosis de 0.1 mg = 1 gota, en dosis respuesta, debiendo suspenderse al desaparecer la ansiedad o insomnio; en todos los casos debe existir monitorización frecuente por la posible aparición de sedación como efecto secundario, adecuando la dosis a las necesidades de cada paciente.

4.3. Intervención psicosocial. Es el tercer punto de la terapia combinada y se refiere a mantener un contexto social sano, debido a que no es posible sanar a un individuo si permanece enfermo el ambiente social que le rodea. Para lograrlo se pueden recomendar actividades que mejoren la salud psicosocial del individuo como la incorporación a grupos de ayuda mutua o grupos de voluntarios en clubes de adultos mayores, casas de la cultura, unidades operativas de prestaciones sociales, unidades de medicina familiar, organizaciones no gubernamentales, etc., con el fin de favorecer el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales (20) (III, C).

4a. Fase de inicio (Anexo III)

El estándar vigente de eficacia se representa en el tratamiento farmacológico con dosis útiles, considerando las características particulares de cada paciente. No está indicado el empleo de vitamínicos ya que no han demostrado ninguna utilidad en el tratamiento de la depresión mayor (9) (Ia, A).

Se cita al paciente cada 14 días para evaluar adherencia terapéutica hasta obtener remisión de síntomas y estabilidad clínica. La intervención se complementa con la intervención psicoterapéutica durante la consulta médica habitual, es decir la educación sobre la enfermedad y el apoyo emocional (10, 17) (III, C; Ia, A).

Se debe considerar la incapacidad médica en caso de deterioro significativo de la actividad laboral, ya sea por efecto de la depresión o de los medicamentos (1)(IV, D).

4b. Fase de mantenimiento

Se inicia al obtener remisión de la sintomatología, que en caso de un apego adecuado al tratamiento debe ser de 4 a 6 semanas, antes de pensar en reajustar las dosis de cualquiera de los medicamentos recomendados, mediante el incremento a 40 miligramos en 24 horas (dosis máxima) o cambiar tratamiento; debe mantenerse la intervención farmacológica con dosis útiles durante un período de 9 a 12 meses con el fin de evitar recaídas, así como también las intervenciones de consejería psicosocial y psicoterapia (con psicólogo) en caso de mejoría parcial

(6) (III, C).

Amilcar Espinosa-Aguilar et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores 2007 Salud Mental, 30: 6, p69-80

La desnutrición se identificó en el 11% de los pacientes adultos mayores ambulatorios, con pérdida de peso involuntaria como la presentación más común, y con la depresión como la causa más común

La depresión en el paciente de edad avanzada pueden presentar desafíos especiales para el investigador el diseño de un ensayo clínico de tratamientos. Si la depresión ha existido durante mucho tiempo, es probable que el paciente tiene una historia igualmente larga de tratamientos previos. Esta historia de tratamiento puede incluir una demostración convincente de que una o más drogas, no han producido una respuesta o que han producido efectos secundarios inaceptables. Un paciente de edad avanzada es más probable que sean vulnerables a los cambios dinámicos no necesariamente relacionados con el diagnóstico o tratamiento y tiene una condición médica que contraindique ciertas clases de drogas o de que la dosis límite. Un paciente con demencia leve o otros perjuicios a la sentencia o la cognición no puede tener la capacidad de dar consentimiento informado a una no terapéutica (placebo) condición. Estas características pueden dar lugar a una considerable heterogeneidad de los pacientes en términos de (por ejemplo) Comparación de tratamientos aceptables en un ensayo de un nuevo agente y, en el típico fija tratos estudios controlados con grupos paralelos, pueden proporcionar oportunidades débil o atenuada para la evaluación precisa. Sin embargo, a excepción de los pacientes de los ensayos confundido conduce a muestras representativas y la inferencia ecológica a las poblaciones de referencia irrelevante. Por otra parte, el tratamiento de comparación puede ser una opción "flexible elegido por el investigador, pero un grupo de control flexible puede provocar problemas de interpretación.

La crónica y recurrente, y remitir la naturaleza de las llamadas depresión para una estrategia dinámica, el tratamiento de adaptación, cambios en el tratamiento correspondiente a las respuestas del paciente. El paciente de edad avanzada pueden tener un componente adicional para realizar el seguimiento y gestión. Como las condiciones médicas (y sus tratamientos) se intensifican, la gestión de la depresión puede ser necesario para adaptarse. ensayos fijos, el tratamiento paralelo que se utilizan en la actualidad no arrojan mucha luz sobre las normas para el tratamiento óptimo adaptarse al curso de la depresión, o el curso de condiciones de comorbilidad médica o su tratamiento. Tales ensayos son los más adecuados para definir si un nuevo tratamiento es eficaz, comparándola con una o más condiciones de control y definir cuál de los dos competidores, los tratamientos eficaces debe ser la primera opción. El éxito de la psicofarmacología en las últimas décadas ha dejado un campo lleno de competidores para cualquier nuevo medicamento. En la actualidad, para recibir su autorización a comercializar un nuevo fármaco, es suficiente para demostrar que es segura y eficaz en ensayos controlados con placebo, y es útil para demostrar que el agente tiene algún otro valor, en contraste con los tratamientos estándar, activo . Las preocupaciones sobre el costo de los tratamientos farmacológicos han comenzado a elevar el nivel de aceptación generalizada de un medicamento patentado. Para la comercialización de un medicamento con éxito a un proveedor con presupuestos limitados, sino que también puede ser necesario para definir la contribución única que hace que un nuevo fármaco para el tratamiento de los pacientes. Algunos incluso han argumentado que tal demostración debe ser parte de la revisión previa a la comercialización. La comparación directa a un nivel activo puede ser altamente ineficientes. Si el nuevo tratamiento tiene un nuevo mecanismo de acción, se puede esperar que una fracción considerable de pacientes que no responden a los medicamentos estándar se verá favorecido por el nuevo compuesto. Sin embargo, por la

misma lógica, puede haber una fracción importante de los pacientes que responden a la norma pero no a la droga nueva. Si estas proporciones son aproximadamente iguales, el tamaño del efecto de una comparación cabeza a cabeza será casi cero, y, como los tamaños del efecto para esta población de la hipótesis a cero, el tamaño de muestra de ensayo lugar a infinito. Además, en una población de edad avanzada, puede ser especialmente valioso tener un fármaco que es más tolerable para los pacientes frágiles, aunque no es tan efectivo como el estándar en los pacientes que pueden tolerar una dosis terapéutica de la norma. Descubrir el uso adecuado para un nuevo tratamiento podría mejorar sus posibilidades de ocupar su correcta comercialización niche.⁴ como edad de los pacientes, muchos elaborar perfiles de los síntomas que sugieren formas subsindrómica o atípicas de la depresión, algunos debido a condiciones médicas o fragilidad general. Tomando una posición agnóstica sobre la etiología y la nosología de los síndromes depresivos tales, se podría tratar de descubrir si el tratamiento con fármacos antidepresivos tiene valor en estos pacientes, independientemente de su condición oficial de acuerdo con el DSM. Más precisamente, se busca el umbral óptimo para una estrategia de la siguiente forma: "un seguimiento del paciente hasta que los síntomas se alcanza el nivel X, y luego comenzar el tratamiento con antidepresivos." Fijos, los juicios paralelos en los pacientes que respondan a un criterio de diagnóstico contribuir no sólo un límite superior a la pregunta de umbral. Estas cuestiones, aunque no única para las personas de edad, adquieren una mayor importancia y el peso como la edad poblaciones de pacientes. Por lo tanto, son de particular interés para los investigadores el estudio de la depresión en la vejez, así como a los patrocinadores de los ensayos de tratamiento y aplicar todo el ciclo vital de un medicamento.

Recientemente, dos innovaciones de diseño en el juicio han aparecido, además de ofrecer la compra en los problemas citados anteriormente. En este artículo se analizarán los métodos de estos diseños del ensayo y dirección de la forma en que puede ser de utilidad.

Lavori P, PhD Improving Treatment of Depression in the Elderly J Clin Psychopharmacol 2005; 25:S38-S44

El diagnóstico de depresión en una persona que tiene demencia puede ser un reto, pero puede facilitarse mediante el uso de la Escala de Cornell para la depresión en la demencia (Apéndice 5c al final de este número). El Cornell se completa con alguien que pasa el tiempo suficiente con el paciente para poder responder a los temas en cinco categorías: los signos relacionados con el estado de ánimo, trastornos del comportamiento, los signos físicos, las funciones cíclicas, y los disturbios ideacional.

Ensberg M, MD Incremental Geriatric Assessment Prim Care Clin Office Pract 32 (2005) 619-643

Evaluación y diagnóstico de la depresión

Una discusión de la depresión tardía debe iniciarse considerando los retos de la evaluación y diagnóstico. Una visión general de estos retos se centra en (1) los trastornos depresivos diagnóstico con énfasis en distinguir la depresión mayor de distimia y la depresión subsindrómica, (2) diagnóstico de depresión en la presencia de enfermedades médicas (incluyendo demencia), (3) distinciones especiales relacionadas con la edad, (4) evaluación del riesgo de suicidio.

Uno de los temas más difíciles en el diagnóstico de la depresión es decidir cuáles son las normas a seguir. El enfoque estándar de la utilización de los criterios del DSM-IV ha sido

muy criticada en diversas ocasiones [3]. Debido a que estos se establecieron criterios para una población más joven, no hay dificultad en su aplicación a una población de más edad. El requisito del DSM-IV que el evaluador decida si el síntoma de que se trata es causada por una enfermedad médica o un efecto fisiológico directo de una sustancia como medicamento es un tema clave. En los adultos sanos, sin medicación o el consumo de sustancias, la decisión de contar con un síntoma como un reflejo de la depresión es sencillo. Esto no es el caso de mayores de esa edad, las personas frágiles con múltiples problemas médicos y de numerosos medicamentos.

Los síntomas del DSM-IV son los más problemáticos""síntomas físicos del cambio y del desarrollo psicomotor del sueño, apetito y peso, y la perturbación de la energía. En presencia de una enfermedad médica que es difícil establecer la causa de estos síntomas que a menudo tienen múltiples determinantes. Si uno sigue la dirección exclusiva""del DSM IV, muchos pacientes terminan sin un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, de lo contrario puede parecer para cumplir los criterios de depresión mayor. Además, no reciben un diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo provocado por una condición médica general, porque los criterios para este trastorno son recíprocamente restrictiva, ya que la perturbación""es el efecto fisiológico directo de una enfermedad médica", y con frecuencia la causa de un síntoma dado es ambiguo.

La dificultad inherente a la asignación de la causalidad ha llevado a enfoques alternativos, tales como (1) contar síntomas como presente o ausente (independientemente de la causalidad, supone un enfoque integrador""), (2) sólo se centra en los síntomas psicológicos más ""de la depresión, o (3), añadiendo más síntomas nonsomatic para complementar la evaluación del estado de ánimo. Las dos últimas técnicas se han adoptado en la Escala de depresión geriátrica, la escala de clasificación utilizados para la depresión en la vejez que específicamente evita los síntomas somáticos de la depresión [4]. La prevalencia de depresión mayor varía según el método que se utiliza para definir que [5]. No está nada claro que el psicológico más DSM-IV los síntomas de la depresión están libres de problemas relacionados con la edad. Un problema común y apreciado por mucho tiempo en la psiquiatría es el paciente de edad avanzada que se presenta con lo que de otra se parece a un síndrome depresivo, pero que niega rotundamente que él o ella está deprimida.

Esto ha hecho referencia a la depresión como""con máscara y también como la depresión sin tristeza""[6].

Cuando uno considera el impacto de la demencia en el diagnóstico, la cuestión de la evaluación toma un giro especial. enfermedad demencial puede complicar el proceso de evaluación de varias maneras. En primer lugar, como se discutió previamente, varios síntomas de la demencia se superponen con la depresión. síntomas del DSM que pierden especificidad en la cara del deterioro cognitivo leve incluyen la pérdida de interés, disminución de la energía, cambios y disminución de la concentración [7,8]. Una segunda situación y, a veces más difícil surge cuando el diagnóstico de la depresión se basa en la auto-informe de la persona con demencia. Cuando los informantes proxy proporcionan información sobre los síntomas depresivos, por lo general reportan síntomas muchos más que la persona con deterioro cognitivo [9]. Esta diferencia es particularmente marcada cuando la persona con demencia no tiene conocimiento de sus déficits cognitivos [9]. Muchas personas con demencia parecen, pues, para minimizar o menores de informar sobre síntomas de depresión en comparación con sus familiares. Una tercera cuestión es lo fugaz de los síntomas depresivos que ocurren en la presencia de demencia y por lo tanto no

cumplen los criterios del DSM para la duración. Finalmente, al progresar la enfermedad puede ser cada vez más difícil reconocer un trastorno depresivo a causa de una falta de acceso a estado interior del individuo.

Hay una creciente toma de conciencia del impacto de la enfermedad cerebrovascular en los estados de ánimo. Los estudios se han centrado en las manifestaciones clínicas de la enfermedad vascular que parecen causar un trastorno depresivo. Se cree que las conexiones entre la corteza prefrontal y los ganglios basales pueden verse afectados (véase más adelante).

Alexopoulos propuso criterios para esta enfermedad que incluyen retraso psicomotor, alteraciones cognitivas, ideación depresiva limitada, la falta de visión, aumento de la discapacidad, y la ausencia de antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo. En los últimos años hemos visto un creciente interés en desarrollar depresivos no graves. El DSM-IV se describen diferentes categorías otro trastorno del estado de ánimo: el trastorno distímico, trastorno de adaptación, los trastornos del ánimo causados por una enfermedad médica desorden, el estado de ánimo inducido por sustancias y trastorno depresivo no especificado. La última categoría incluye varias mal definidos (al menos en el DSM) trastornos, como el trastorno depresivo menor, trastorno disfórico premenstrual y el trastorno depresivo breve. Este enfoque categórico se ve contrarrestada por la investigación sobre los trastornos del humor que tenga un enfoque más dimensiones, tienden a romper los trastornos depresivos en la depresión mayor y la depresión subsindrómica. Hay muchas inconsistencias, sin embargo, y el esquema que compiten por ambos términos y para la depresión de menor importancia, en particular, [11,12]. Se ha sugerido que la depresión subumbral principales se pueden dividir en un subsindrómica "grupo con síntomas somáticos dominante y [un "grupo" distímico principalmente con síntomas emocionales y cognitivos 13]. Una faceta importante de la depresión subsindrómica es que la gente que lo experimenta parecen sufrir importantes alteraciones psicosociales comparables a los observados en otras condiciones médicas comunes como la hipertensión, la diabetes, y [la artritis 14]. Además, la depresión es común subsindrómica. Usando Epidemiológica Áreas de Influencia (CEPA) de datos, Judd informó una prevalencia puntual de 1 mes de 3,9%, el doble que la de cualquier trastorno depresivo síndromica.

Un nuevo concepto de la depresión subsindrómica sugiere que no es sino una manifestación o fase del trastorno depresivo mayor (TDM). Dado que los estudios longitudinales estén disponibles, es evidente que MDD no es un estado categórico sino más bien una condición que puede ir precedido o seguido por las diversas formas de alteración afectiva [13]. Por lo tanto, ha afirmado que "subtipos depresivos no representan trastornos discretos, sino, más bien, son etapas en un continuo dimensional de la gravedad sintomática" [13]. En los pacientes más jóvenes, los síntomas residuales se han asociado con un alto riesgo de recidiva precoz y un curso más crónico y grave en el futuro. Por otra parte, se ha sugerido que la persistencia de síntomas depresivos es indicativa de enfermedad activa "en curso a nivel biológico".

La importancia de los síntomas residuales se fundamentó en una de las mayores estudios sobre la historia natural de la depresión en la vejez, el envejecimiento de Estudio Longitudinal de Amsterdam [15]. Aunque varios estudios más cortos plazo han sugerido un resultado bastante sombrío para los pacientes mayores con depresión mayor, Beekman et al estudiaron 277 ancianos deprimidos y les dio seguimiento durante 6 años. estado afectivo se determinó mediante una combinación de auto-informes y entrevistas de diagnóstico para

un total de 14 periodos de observación. Historia natural Se evaluó la severidad de los síntomas, la duración de los síntomas, curso clínico, el tipo y la estabilidad del diagnóstico. Los resultados sugieren que la depresión tardía tiene un curso grave. El número medio de síntomas depresivos experimentados por estos pacientes seguía siendo superior al percentil ochenta y cinco de una muestra de control de la duración del estudio, y casi la mitad de la muestra estaba deprimido más del 60% del tiempo. La remisión en el 23% de los casos, 12% tenían remisiones con la recurrencia, 32% tienen un curso crónico intermitente, y el 32% tenía una depresión crónica (porcentajes reflejan errores de redondeo).

Las personas con depresión subumbral hizo un poco mejor que aquellos con depresión mayor, quien a su vez fue mejor que a las personas con trastorno distímico. Las personas con depresión doble tuvo el peor resultado. Las personas con depresión subsindrómica estaban más cerca de aquellos con trastorno depresivo mayor en el resultado que los que no estaban deprimidos al inicio del estudio, lo que refuerza lo dicho anteriormente sobre la gravedad de la depresión subsindrómica. El pronóstico de las personas con trastornos sub umbral fue desfavorable en la mayoría de los casos, y este grupo estaba en alto riesgo de desarrollar un trastorno síndromico. Desafortunadamente este estudio no ofrece datos sobre el impacto del tratamiento del trastorno depresivo en la edad avanzada y sólo un pequeño número de sujetos estaban siendo tratados en el momento basal. Estos resultados son ciertamente en consonancia con los estudios que el tratamiento temprano encontrado altos índices de depresión crónica, incluso después del tratamiento. Son más alentadores, varios estudios recientes (revisión posterior) sugieren que las personas mayores que se proporcionan un buen tratamiento para la depresión de responder de forma oportuna y sólida [16]. los datos sobre tratamiento a largo plazo son aún bastante reducida, sin embargo, particularmente en las muestras basadas en la comunidad en la que la evidencia sugiere que algunos ancianos deprimidos se identifican o recibir tratamiento. Dado el pronóstico de la depresión, no es sorprendente que las tasas de suicidio en pacientes de edad avanzada son las más altas de cualquier grupo de edad y son la causa principal de muerte decimotercero. Aunque los adultos mayores representan el 12,7% de la población, representan el 18,8% de los suicidios [17]. los hombres blancos en cuenta estas elevadas tasas porque las tasas de otros segmentos de la población no son elevados. Otras características distintivas de suicidio en pacientes de edad avanzada son que el dar a los ancianos menos advertencias, utilizan más violentos y potencialmente mortal métodos, y se aplican esos métodos con una mayor planificación y resolver [18]. Esto se refleja en una proporción mucho menor de los intentos de terminaciones en los adultos mayores, con una estimación es aproximadamente 4:1 [19] en comparación con la proporción de 200:1 en los adolescentes [20].

Conwell identificaron factores de riesgo para el suicidio en la vejez con un resumen de los datos de cohortes y estudios de casos y controles que se determinaron mediante análisis multivariado [18]. Los factores de riesgo en el ámbito de la salud mental incluyen la depresión, la depresión menor y distimia, los trastornos por uso de sustancias, beber más de tres bebidas al día, una internación psiquiátrica en el último año, y los trastornos psicóticos. Los factores sociales asociados con un mayor riesgo de suicidio incluido ser viudo o divorciado, con una red social pobre, y que presenten indicios de discordia en la familia. De estos factores, el trastorno de estado de ánimo y el abuso de sustancias son las que más datos de apoyo, mientras que una variedad de eventos estresantes de la vida pueden ser factores de riesgo independientes.

Otro factor de riesgo putativos de suicidio es el acceso a los medios, en particular las armas de fuego, porque el 71% de las víctimas de suicidio ancianos usan armas de fuego [18]. Otros factores de riesgo son más bajos niveles de serotonina en el SNC y alteraciones de la función ejecutiva causados por la interrupción de las vías neuronales necesarias para la regulación del estado de ánimo y control de los impulsos. La evidencia también sugiere que la cohorte del baby-boom lleva consigo una mayor tasa de suicidio que cualquier otro grupo de edad y que un aumento en las tasas de suicidio últimos años de vida se puede producir en los próximos años [18].

Incluso sin el suicidio, la depresión tardía se asocia con mortalidad precoz. Esto se demostró recientemente en una cohorte basada en la comunidad después de 3 - y 5-años de seguimiento, y cuando se combina con la salud percibida, la presencia de la depresión predijeron la muerte después de 10 años [21]. En un estudio reciente de pacientes médicos, la presencia de seis o más síntomas en el GDS-15 se asoció con un mayor riesgo para la readmisión, la colocación de enfermería en casa, la muerte de más de 6 meses de seguimiento, y el aumento de costo de los servicios hospitalarios [22]. Estos hallazgos pueden indicar que los pacientes con peor salud están más cerca de la muerte y por lo tanto están más deprimidos o que la depresión también contribuye a la mortalidad a través de otros mecanismos. Es importante reconocer que el efecto del tratamiento de la depresión sobre la mortalidad es desconocido.

Los factores de riesgo para la depresión tardía

Factores de riesgo biológico

La genética parece ser de menor importancia en pacientes con depresión por primera vez en la vida tardía. Se ha demostrado, sin embargo, que los pacientes con un primer episodio de depresión en la edad avanzada tienen un mayor riesgo familiar de controles pareados por edad [23].

Varias enfermedades médicas se han asociado con la depresión tardía, pero a menudo la naturaleza de la relación no está clara. Krishnan et al describieron la dificultad de establecer relaciones causales en las enfermedades de base [24]. Sugieren que este esfuerzo es particularmente difícil en la vida posterior debido a que la prevalencia de vida de todas las condiciones es constante o aumenta con la edad, y como tal, la tendencia a encontrar una correlación entre prácticamente todas las condiciones de existencia. Esta "pseudocorrelación" se observa sobre todo en trastornos en los que aumenta la frecuencia con la edad, como la enfermedad de Alzheimer (EA), enfermedad de Parkinson (PD), y la enfermedad cardiovascular. Como resultado, muchas de estas asociaciones son esencialmente artefactos estadísticos [24]. Una condición que se ha estudiado en detalle es un accidente cerebrovascular. La depresión mayor siguiente del accidente cerebrovascular en un 25% -50% de todos los pacientes con ictus [25-27]. Algunos estudios sugieren que la depresión es más común y más grave después de una lesión en el polo anterior del hemisferio izquierdo o los ganglios basales izquierda, aunque esta relación no siempre ha sido visto [25,28,29]. La depresión que ocurre poco después de un ictus se asocia más fuertemente con la localización de la lesión que es la depresión que ocurre en un momento posterior [30]. La prevalencia puntual de depresión mayor y menor en los pacientes después de un ictus es del 20% y 19%, respectivamente [25].

La creciente evidencia sugiere que la enfermedad cerebrovascular puede interrumpir moodregulating circuitos en el cerebro, causando depresión. En consecuencia, un subtipo de depresión se ha propuesto la llamada depresión vascular. pruebas de neuroimagen apoya

una asociación entre la depresión y hiperintensidades de sustancia blanca (WMH) visto en la RM [31-33].

Thomas informó recientemente el estudio neuropatológico primero en examinar la naturaleza de WMH en la depresión [34]. Veinte pacientes de edad avanzada con antecedentes de trastorno depresivo mayor se compararon con un grupo de 20 sujetos control ancianos. Todas las WMH en el grupo con depresión se encontraron isquémica, en comparación con menos de un tercio de los observados en el grupo control. Esta diferencia se debió en gran parte por su mayor parte isquémica, pequeñas lesiones puntiformes (<3 mm) en los pacientes deprimidos, pero no en los sujetos control. El WMH isquémica mostró una especificidad marcada por la sustancia blanca a nivel de la corteza prefrontal dorso lateral.

Este hallazgo puede tener importancia clínica en la depresión, porque la enfermedad en esta región del cerebro está asociada con la disfunción ejecutiva, que a su vez se asocia con una peor respuesta al tratamiento antidepresivo y mayor frecuencia de recaídas y [recurrencia 35,36]. Alexopoulos recientemente descrito las características clínicas de la depresión, "El síndrome de disfunción ejecutiva en la edad avanzada, que incluye reducción de la fluidez, deterioro de la denominación visual, paranoia, pérdida de interés, retraso psicomotor, y sólo leves síntomas vegetativos. Queda por ver si esta descripción ayudará a identificar prospectivamente un grupo con una respuesta al tratamiento específico [37]. Estos resultados también responden bien a los informes de una amplia muestra basada en la comunidad que los pequeños (<3 mm) lesiones de los ganglios basales están asociados con síntomas depresivos reportaron [38]. En conjunto, estos resultados apoyan la idea de que en la vejez, la interrupción de los circuitos puede ser crucial frontoestriatales relacionados con el desarrollo de la depresión.

Aunque en algunos estudios WMH se han asociado con un curso más crónico de la depresión y la falta de respuesta al tratamiento, un placebo reciente ensayo controlado de la sertralina no encontró diferencia en la respuesta entre los pacientes con WMH alta versus baja.

Miller et al examinó el impacto de determinados factores de riesgo clínico cerebrovascular, en comparación con WMH RM-determinado para influir en los resultados de 156 pacientes seguidos en un estudio de tratamiento de mantenimiento de la depresión recurrente finales de su vida útil [43]. Aunque los pacientes con los factores de riesgo más cerebrovascular tenían más probabilidades de haber experimentado su primer episodio de depresión después de la edad de 60 años, no hubo diferencia en el tiempo hasta la remisión, la necesidad de medicación concomitante, o un mayor riesgo de recurrencia en un 3-años de seguimiento en marcha. Además, de alta puntuación de los factores de riesgo cerebrovascular y aparición tardía de la depresión no predijo las características clínicas para la depresión vascular. Es evidente que existe la necesidad de estudios adicionales para identificar implicaciones en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular.

La relación de enfermedades neurológicas tales como AD y PD a la depresión es menos clara. Esto es parcialmente el resultado de las dificultades para establecer el mejor método de diagnóstico y también de la aparición de menos precisa de estos trastornos. Por ejemplo, en la depresión de Alzheimer puede ser la primera manifestación de la enfermedad o que puede complicar la enfermedad una vez establecida. Las tasas de depresión en el año varían mucho en función de los criterios de depresión o escala de clasificación utilizada, la gravedad del deterioro cognitivo, y si el paciente o el cuidador es la fuente de información. Las tasas de depresión mayor en los entornos clínicos con mayor frecuencia se presentan en

el 20% -25% del rango, con otros síndromes depresivos afectan a un 20% de los pacientes. La depresión mayor se identifica más fácilmente en las primeras etapas de Alzheimer, aunque se solapan entre los síntomas de la depresión y la demencia a menudo presentan un desafío.

Con la progresión del deterioro cognitivo, los síntomas depresivos se pueden señalar, pero se adhieren con menos frecuencia a un patrón o poseen una duración suficiente para calificar para un diagnóstico formal de trastorno depresivo mayor del DSM. Los síntomas son más propensos a ser intermitente y que se produzca con otros psicológicos y trastornos del comportamiento. El clínico a menudo deben recurrir a lo que reconoció el síndrome de los síntomas del paciente se asemejan más como una guía a la farmacoterapia. Desde una perspectiva práctica, afortunadamente no hay pruebas de que los ISRS no sólo tratar la depresión INAD [45,46], pero también abarcan una multitud de trastornos del comportamiento.

Muchos de los dilemas diagnósticos mismo ocurre en los pacientes con EP, en los que las tasas de depresión varían mucho, aunque una prevalencia del 20% parece ser una estimación justa [48]. Ha habido pocos estudios longitudinales de la depresión en pacientes con EP y sólo una débil relación se ha encontrado entre la discapacidad y las tasas de depresión [49]. Elevación de las tasas de depresión en pacientes con EP ha sido la hipótesis de que el resultado de las interrupciones de las vías del estriado como aludido anteriormente.

Por último, varios estudios han relacionado la enfermedad cardiovascular a la depresión. La evidencia es bidireccional, con estudios que muestran un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en los pacientes que tienen depresión y un mayor riesgo de desarrollar depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio en particular) [50].

Factores de riesgo psicosocial

Recientemente Bruce revisado los factores de riesgo psicosocial para finales de los trastornos depresivos vida utilizando fuentes de datos longitudinales sobre todo [51]. Sólo ha habido unos cuantos estudios de suficiente rigor a conclusiones sobre la base, pero los eventos críticos de la vida que parecen aumentar el riesgo para la depresión en la edad avanzada incluyen (1) la muerte de un cónyuge o un ser querido (que aumentó el riesgo para el trastorno depresivo por 24,3 más de 1 año, 9,0 durante los primeros 2 años, y 3,1 durante los primeros 3 años), (2) enfermedad médica y el perjuicio (que aumentó el riesgo para el trastorno depresivo en un 3,0 más de 1 año), (3) la discapacidad y el declive funcional (que aumentó el riesgo para el trastorno depresivo en un 4,2 más de 1 año), y (5) la falta de contacto social [51]. Es importante reconocer que estos factores de riesgo puede ser aumentado o amortiguada por factores personales o ambientales.

Tratamiento

Los últimos 10 años han visto un aumento dramático en el número de estudios dedicados al tratamiento de la depresión mayor [52]. Los estudios de tratamiento han analizado el efecto de una variedad de intervenciones psicoterapéuticas, intervenciones farmacológicas, y su combinación. Aspectos destacados de algunos de los datos más destacables se proporcionan aquí.

Salzman examinado recientemente las drogas y la literatura un tratamiento de TEC from 1996 - 2001 en pacientes mayores de 65 años [52]. Un resumen de encontrar declaró que no había evidencia de una eficacia superior de cualquier clase de antidepressivo en particular. Desde la perspectiva de la tolerancia, los ISRS fueron algo mejor tolerados que los

antidepresivos tricíclicos, aunque la mayoría de los adultos mayores tolerada incluso medicamentos tricíclicos sin mayores problemas. Poco se ha hecho con los nuevos antidepresivos como venlafaxina, bupropión, la mirtazapina y la nefazodona. Del mismo modo, se dispone de pocos datos sobre el tratamiento de adultos con enfermedades médicas ancianos con depresión [53], sobre la utilidad de las estrategias de aumento, o en el tratamiento de la depresión menor y [distimia 54]. Estudios recientes han señalado un alto riesgo de recaída o recidiva en los adultos mayores cuando los antidepresivos son detenidos [52].

Con estas directrices generales en mente, hay varios estudios recientes que merecen una mención. El principal de ellos es el primer estudio controlado con placebo de la farmacoterapia y la psicoterapia de mantenimiento en la vejez la depresión [55]. Este estudio compara la nortriptilina (NT) y la psicoterapia interpersonal (IPT), solos o en combinación para el tratamiento de mantenimiento de la depresión recurrente. Los pacientes con psicóticos recurrentes, no, no distímico, la depresión mayor unipolar han sido seleccionados.

Un total de 180 participantes entraron en el tratamiento agudo abierto durante el cual recibió inicialmente NT (dosis ajustada para establecer un nivel de sangre de 80-120 ng / mL) y IPT semanal. Además, el 51% de los participantes de litio adyuvante o la perfenazina. Después del tratamiento agudo con éxito, 140 sujetos ingresaron a una fase de continuación de 16 semanas que consiste en continuo NT y quincenales IPT. Los pacientes con remisiones estables (n = 107) luego entró en una fase de mantenimiento del tratamiento y fueron asignados al azar a una de cuatro condiciones: Clínica medicamento con NT, clínica medicación con placebo, IPT de mantenimiento mensual con NT, o IPT de mantenimiento mensual con el placebo. Cada uno de los tres tratamientos activos fue superior al placebo en la del juicio (160 semanas). El grupo con la mejor respuesta habían recibido tratamiento combinado con NT y IPT. Aproximadamente el 80% aún estaba bien en la celebración del juicio. El tratamiento combinado fue superior a la IPT y placebo y mostraron una tendencia a la clínica de la superioridad medicamento con nortriptilina. Las dos últimas condiciones no difieren entre sí. La mayoría de las recurrencias ocurrieron en el primer año. Otros resultados relevantes de este estudio fueron que los sujetos de 70 años de edad o más tuvieron mayores y más rápidas tasas de recidiva sólo las personas tratadas con terapia combinada sostenido su remisión. Además, los sujetos con depresión más severa al inicio del estudio y los que requieren más de 6 semanas de condonación requiere el tratamiento de combinación o NT para estar bien. Los sujetos con depresión leve al inicio del estudio y los que remitió dentro de 6 semanas fueron protegidos contra la recurrencia con IPT mensuales [55]. IPT fue elegida como la intervención psicoterapéutica para este estudio, ya que incluye los focos específicos de dolor, los conflictos interpersonales y los problemas de las transiciones de papel-comunes en la vejez. Reynolds et al [55] sugiere que la terapia combinada tuvo tanto éxito debido a que estos pacientes experimentaron un alto grado de comorbilidad médica y tuvo frecuentes problemas psicosociales, como el duelo, transición de rol / controversia, y los conflictos interpersonales o la soledad. Alexopoulos realizó otro estudio a largo plazo con implicaciones terapéuticas potenciales [36]. Como se señaló anteriormente, la disfunción ejecutiva ha sido reportado en la depresión y la vejez puede manifestarse como trastornos en la planificación, secuenciación, organización y abstracción. Se ha asociado con un pobre o demorado la respuesta antidepresiva. En este estudio, el impacto de la disfunción ejecutiva en el resultado a largo plazo fue examinado. Cincuenta y ocho sujetos que remitir a partir de MDD comenzó 16 semanas de la terapia de

continuación en NT. Si bien ellos se quedaron fueron asignados aleatoriamente para recibir placebo o NT para un máximo de 2 años. La disfunción ejecutiva fue evaluado por la iniciación / perseveración de dominio de la Clasificación Mattis demencia. Se concluyó que aquellos con disfunción ejecutiva fueron significativamente más propensos a sufrir recaídas y recidivas y que este subgrupo de pacientes deben recibir un cuidadoso seguimiento. Area'n y Cook examinó la creciente pero todavía escasa literatura sobre psicoterapia para la depresión en pacientes de edad avanzada [56]. Una cantidad significativa de datos ahora es compatible con el uso de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento independiente para la depresión leve a moderada en la vejez. La terapia interpersonal ha sido poco estudiada como terapia aislada, sino que parece ser útil cuando se combina con nortriptilina, como en el estudio de Reynolds. Aunque existe alguna evidencia de que la terapia breve dinámica de revisión de vida y los tratamientos pueden tener utilidad en poblaciones seleccionadas, estas intervenciones han sido poco estudiada en este grupo de edad [56].

Como resultado de los pocos datos empíricos sobre el tratamiento óptimo para los trastornos depresivos en la vejez, las directrices de consenso de expertos se publicaron en el tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes de edad avanzada [57]. Directrices se presentan para los distintos tipos de trastornos depresivos con sugerencias acerca de los medicamentos preferidos. Como ejemplo, la estrategia de tratamiento preferida para los casos leves, no psicóticos MDD fue un antidepresivo más psicoterapia, aunque sea sólo la medicación como la psicoterapia sola se consideró una opción válida. Recomendaciones para la selección de un antidepresivo se basaron en los datos disponibles sobre la eficacia, la tolerabilidad, el potencial de interacciones fármaco-fármaco, y la facilidad de uso. El tratamiento de elección fue un medicamento SSRI y el tratamiento de elección entre los ISRS citalopram fue, aunque la sertralina y la paroxetina también agentes preferidos. Las directrices sirven como un recurso para determinar el tratamiento racional de una variedad de condiciones.

Todavía hay áreas en las que ha habido poca investigación realizada, sobre todo en personas muy viejas y frágiles y en las personas con enfermedades de base que a menudo son excluidos de los ensayos clínicos.

Cuestiones especiales en el tratamiento de la depresión en atención primaria depresión significativa se cree que afecta a uno de cada seis adultos mayores de 65 años de edad, la mayoría de los cuales nunca ven a un profesional de salud mental, pero que habitualmente ver a un proveedor de atención primaria. Se ha documentado ampliamente que la depresión los adultos mayores en estos lugares a menudo no se identifican o tratada. Una serie de razones contribuyen a esta falta de identificación y tratamiento de los pacientes deprimidos ancianos [58].

Los adultos mayores son menos propensos a aprobar los síntomas de depresión que los pacientes más jóvenes. Los síntomas depresivos son más propensos a apoyar incluyen bajo consumo de energía, anhedonia, y otros síntomas somáticos. Existe una comprensible tendencia a centrarse en explicaciones de estas quejas somáticas, dados los límites de tiempo breve de la interacción de atención primaria típica. Del mismo modo, hay una tendencia a explicar los síntomas depresivos que se expresan como componentes del envejecimiento normal, el dolor, la enfermedad física, o incluso la demencia [58]. Para complicar más las cosas es la probabilidad que los adultos mayores no son conscientes de la depresión y puede ser probable que la rechazan como un diagnóstico. Unutzer ha descrito el diagnóstico diferencial de los fenómenos depresivos a menudo difícil para un proveedor de

salud mental no especializados, dada la frecuencia de dolor y duelo en este grupo de edad y la necesidad de considerar las diversas condiciones médicas y efectos de la medicación. Los proveedores pueden temer abrir la caja de Pandora, dado el escaso tiempo disponible para la consulta médica, y puede estar preocupado por sus habilidades en la evaluación y el tratamiento de estos trastornos. Esta última circunstancia se complica aún más por una limitada disponibilidad y el acceso a servicios de consultoría especializados de salud mental [58]. Tal vez no sea sorprendente que el pronóstico de la depresión en ancianos de la comunidad y las poblaciones primaria es deficiente. Cole, en un meta-análisis examinando sus efectos después de 24 meses, informó que el 33% de los sujetos estaban bien, el 33% estaban deprimidos, y 21% habían fallecido [59]. Estos informes han dado lugar a intentos de mejorar el tratamiento en atención primaria mediante pruebas de modelos innovadores. El juicio impacto de la gestión de los cuidados de colaboración depresión tardía en la atención primaria [60] utiliza el acceso a un gestor de cuidado de la depresión bajo la supervisión de un psiquiatra y un experto en atención primaria para un máximo de 12 meses. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente para recibir la atención habitual o se les proporcionó un administrador de atención que ofrece la educación, la gestión de la atención y el apoyo de la gestión de antidepresivos para el médico de cabecera del paciente, o la psicoterapia breve para la depresión. Después de 12 meses, el 45% de los pacientes intervención disfrutado de una reducción del 50% o más de los síntomas depresivos en comparación con el 29% de las previstas en la atención habitual. Intervención pacientes también experimentaron mayores tasas de tratamiento de la depresión, más satisfacción con la atención la depresión, la baja gravedad de la depresión, el deterioro menos funcional, y una mayor calidad de vida [60].

El tratamiento de la depresión no mayor en atención primaria también se ha estudiado. Un reciente ensayo clínico aleatorizado se llevó a cabo para examinar el tratamiento de la distimia y la depresión menor en adultos mayores de una atención primaria [61]. Williams et al paroxetina, en comparación (hasta 40 mg / día) con una breve forma de psicoterapia, "la resolución de problemas de atención primaria con el tratamiento." Cada grupo fue visto en seis visitas a lo largo de 11 semanas. La paroxetina demostró un beneficio moderado. Los beneficios de la terapia de resolución de problemas, sin embargo, eran más pequeños, tuvo un inicio más lento, y fueron más variables. Hay muchos datos para apoyar la noción de que la depresión en la vejez es una grave amenaza para la salud de los adultos mayores. A la luz de las dificultades para diagnosticar la depresión, son necesarios más esfuerzos para detectar y tratar esta amenaza. La depresión presenta una amenaza significativa para la salud de los pacientes de edad avanzada. Los estudios sugieren que el tratamiento la depresión, sin embargo, que está bien pensada y persistente, puede ser exitoso y aliviar mucho sufrimiento.

Burke W, MD Late-life mood disorders Clin Geriatr Med 19 (2003) 777- 797

Los factores de riesgo para la depresión tardía incluyen el sexo femenino, el aislamiento social, viudas, divorciadas, separadas o estado civil; menor estatus socioeconómico; condiciones de comorbilidad médica, mal control del dolor, insomnio, la familia y los antecedentes de depresión, deterioro funcional y deterioro cognitivo

Principales trastornos depresivos (MDD) en los ancianos se pueden clasificar en dos categorías. Temprano inicio de la vida es la aparición de depresión antes de la edad de 65

años, y tarde en la vida es la depresión después del inicio de la edad de 65 años. A causa específica para cualquier tipo de depresión no ha sido aislado. Parece que la causa de la depresión es multifactorial e incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y los aspectos.

No solo gen o evento biológico solo se ha asociado con la depresión tardía, aunque no parece haber un mayor riesgo con antecedentes familiares de depresión. La enfermedad cerebrovascular, que es más común entre los ancianos, parece jugar un papel importante en la depresión de inicio tardío y la ha llevado a la depresión vascular""hipótesis. La resonancia magnética del cerebro en pacientes que tienen depresión vascular extensa muestra cambios microvasculares isquémica que se cree que interrumpen los circuitos implicados en la regulación del estado de ánimo. La hipertensión sistólica y la diabetes son factores de riesgo de estos cambios vasculares. la depresión vascular se caracteriza por el deterioro funcional, la apatía y anhedonia, y la ausencia de un historial familiar de depresión. En comparación con la depresión no vascular, la depresión vascular tiene más retraso psicomotor, mayor deterioro cognitivo, una mayor falta de penetración, sentimientos menos culpable, y la agitación menos.

Germano con el tema de la depresión vascular es la correlación entre la depresión y los accidentes cerebrovasculares. El riesgo parece ser mayor en los primeros 2 años tras un accidente cerebrovascular, cuando la depresión mayor se desarrolla en alrededor del 20% y la depresión menor en otro 20% de los pacientes. Si no se trata, la depresión después de una apoplejía parece una duración aproximada de 8 a 9 meses de acuerdo a algunos estudios. El riesgo para la depresión aumenta cuanto más cerca de la lesión vascular es el polo frontal y si la corteza cerebral izquierdo se ve afectado. Subcorticales infartos en el tálamo y el caudado también aumentan el riesgo para la depresión. Los infartos de miocardio y el cáncer también se asocian con la depresión. Es común que la depresión de presentar en pacientes que tienen trastornos neuropsiquiátricos, como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson. La depresión aumenta la morbilidad, especialmente cognitivos deterioro del valor, en estos trastornos neuropsiquiátricos.

Principales trastornos depresivos (MDD) en los ancianos se pueden clasificar en dos categorías. Temprano inicio de la vida es la aparición de depresión antes de la edad de 65 años, y tarde en la vida es la depresión después del inicio de la edad de 65 años. A causa específica para cualquier tipo de depresión no ha sido aislado. Parece que la causa de la depresión es multifactorial e incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos y los aspectos.

No solo gen o evento biológico solo se ha asociado con la depresión tardía, aunque no parece haber un mayor riesgo con antecedentes familiares de depresión. La enfermedad cerebrovascular, que es más común entre los ancianos, parece jugar un papel importante en la depresión de inicio tardío y la ha llevado a la depresión vascular""hipótesis. La resonancia magnética del cerebro en pacientes que tienen depresión vascular extensa muestra cambios microvasculares isquémica que se cree que interrumpen los circuitos implicados en la regulación del estado de ánimo. La hipertensión sistólica y la diabetes son factores de riesgo de estos cambios vasculares. la depresión vascular se caracteriza por el deterioro funcional, la apatía y anhedonia, y la ausencia de un historial familiar de depresión. En comparación con la depresión no vascular, la depresión vascular tiene más retraso psicomotor, mayor deterioro cognitivo, una mayor falta de penetración, sentimientos menos culpable, y la agitación menos.

Germano con el tema de la depresión vascular es la correlación entre la depresión y los accidentes cerebrovasculares. El riesgo parece ser mayor en los primeros 2 años tras un accidente cerebrovascular, cuando la depresión mayor se desarrolla en alrededor del 20% y la depresión menor en otro 20% de los pacientes. Si no se trata, la depresión después de una apoplejía parece una duración aproximada de 8 a 9 meses de acuerdo a algunos estudios. El riesgo para la depresión aumenta cuanto más cerca de la lesión vascular es el polo frontal y si la corteza cerebral izquierdo se ve afectado. Subcorticales infartos en el tálamo y el caudado también aumentan el riesgo para la depresión. Los infartos de miocardio y el cáncer también se asocian con la depresión. Es común que la depresión de presentar en pacientes que tienen trastornos neuropsiquiátricos, como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson. La depresión aumenta la morbilidad, el deterioro cognitivo en particular, en estos trastornos neuropsiquiátricos.

Los criterios para los trastornos depresivos de acuerdo a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría debe ser capaz de identificar muchas de las presentaciones de los trastornos depresivos en los ancianos. Sin embargo, los ancianos son una población único del paciente y la enfermedad en este grupo puede presentar de manera diferente que en la edad adulta joven.

Esta diferencia puede ser cierto especialmente en relación con los trastornos del humor. El examen del estado mental sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de los trastornos depresivos entre todos los grupos de edad.

En los ancianos, trastorno depresivo mayor puede presentarse con la ansiedad, quejas somáticas, o deterioro cognitivo como la presentación principal. síntomas de ansiedad generalizada o pánico pueden acompañar a la depresión en los ancianos. El paciente puede presentar palpitaciones, inquietud, fatigabilidad, temblor, dolor de cuerpo o dolor, disnea, náuseas o vómitos, mareos, sudoración, debilidad, parestesias, micción frecuente, el insomnio, o enrojecimiento facial. Muchos de estos síntomas tienen el potencial de ser atribuida a causas médicas en lugar de las psiquiátricas. Los síntomas somáticos pueden ser particularmente problemático porque el médico puede enfrentar más dificultades para diagnosticar la depresión.

El paciente puede centrarse quejas sobre los problemas físicos en vez de abordar abiertamente la depresión, o puede admitir en la sensación de depresión, pero sólo como consecuencia de molestias físicas. síntomas psicóticos comórbidos son comunes entre los ancianos, presentes en el 3,6% de la comunidad-vivienda pacientes ancianos con depresión y en el 20% a 45% de los pacientes ancianos hospitalizados con depresión. Los síntomas psicóticos a menudo incluyen ideas delirantes persecutorias que son, culpables, nihilista, o de naturaleza somática. La depresión puede, a veces se presentan con deterioro cognitivo y se parecen a la demencia. Esta presentación única se conoce como pseudodemencia o el síndrome de demencia de la depresión, reconociendo que un paciente geriátrico con una depresión clínicamente significativa pueden mostrar evidencias objetivas de la memoria y los cambios cognitivos secundarios a los trastornos del humor. Una vez que el trastorno del estado de ánimo se trata, sin embargo, los cambios cognitivos desaparecer. Los ingredientes esenciales para un diagnóstico de MDD incluir una historia detallada y una evaluación neurológica y una evaluación médica. Una revisión de los medicamentos del paciente, incluyendo la recetados, sin receta, y suplementos, es vital para detectar agentes que pueden contribuir a cambiar el estado de ánimo en los ancianos. Una consideración de los factores sociales, la vida cambia, y la presencia de comorbilidad

neurológica o síntomas médicos es primordial. pruebas de laboratorio iniciales o de detección incluyen un panel de electrolitos, la concentración sérica de ayuno de glucosa, pruebas de función hepática, niveles de creatinina, hemograma completo, estimulante de la tiroides en los niveles hormonales, niveles de vitamina B12 y ácido fólico, electrocardiograma, radiografía de tórax, análisis de orina, y una de orina de drogas pantalla y pantalla de suero de drogas si se justifica. Considere la posibilidad de nuevas pruebas neurológicas o imágenes de si está justificado por el examen neurológico. Como se mencionó anteriormente, sin embargo, la resonancia magnética puede ser útil en la visualización de los cambios secundarios a una depresión vascular.

El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo en los adultos mayores por lo general requiere una combinación de enfoques, incluyendo tratamiento farmacológico, psicoterapia, y con menor frecuencia neuromodulación.

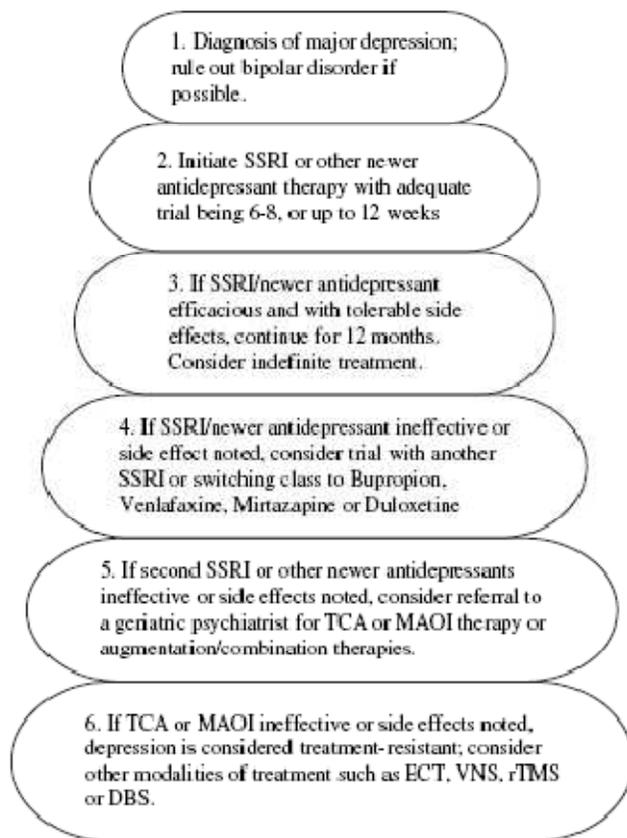


Fig. 1. Algorithm for the treatment of major depression in the elderly.

La psicoterapia con los ancianos está infrautilizado y ha tenido un desarrollo lento, tanto a nivel teórico como operativo. Por otra parte, el predominio de los modelos biológicos en psiquiatría geriátrica y la neuropsicología se ha inclinado hacia las explicaciones basadas en el cerebro en vez de psicología basada en la mayoría de las enfermedades y desesperación en su vida futura. En la mayoría de los casos, de neuroimagen y la cartografía de los déficit tiene prioridad sobre cualquier exploración significativa psicoterapéuticas y de intervención basado en temores de los pacientes existencial y disfunción psicosocial. A pesar de los estereotipos negativos acerca de la posibilidad de tratamiento de los adultos mayores y la

escasez de la teoría de la psicoterapia alternativa que puede hablar con más vida, y la base de una prueba práctica que sugieran que la terapia cognitivo-conductual (TCC), la terapia interpersonal (IPT), son sistémicos (familia) la terapia , psicoeducación, terapia cognitiva y analítica (CAT) o terapias psicodinámicas pueden ayudar a una serie de enfermedades psiquiátricas, como trastornos del estado de ánimo. La psicoterapia sola o en combinación con otras modalidades de tratamiento es eficaz en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo últimos años de vida dependiendo de la gravedad y la naturaleza de la enfermedad y las características del paciente. La duración y la elección del tratamiento dependerán de varios factores, incluida la severidad de la enfermedad, la presencia de un sistema de apoyo, la variabilidad de cada paciente, y el uso de modalidades de tratamiento de combinación.

Los trastornos psiquiátricos, como depresión mayor y la esquizofrenia, deteriorar la motivación y así contribuir a la auto-abandono en que se reduce el impulso para el control de la continencia. En un estudio, 26% de los sujetos que tuvieron incontinencia tenían depresión.

Los sujetos que tenían depresión fueron significativamente más propensas a tener incontinencia de urgencia de la incontinencia de esfuerzo. Mejora de la depresión y la cada vez más atención al cuidado personal son elementos esenciales para un enfoque multifactorial para la continencia urinaria de usuario.

Gammack J, MD Urinary incontinence in the frail elder Clin Geriatr Med 20 (2004) 453– 466

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión mayor será el segundo sólo a la enfermedad cardiovascular como causa de discapacidad en todo el mundo en 2020.

Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1996.

Importante disminución de los niveles circulantes de zinc fueron reportados en pacientes diagnosticados de depresión mayor en comparación con los controles normales, y valores intermedios de zinc se observaron en los sujetos clasificados como depresión menor

McClain C, MD Trace metals and the elderly Clin Geriatr Med 18 (2002) 801– 818

La depresión es al parecer común en los adultos que viven con discapacidades. Entre los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares, la experiencia del 24% a 33%, y entre los sobrevivientes de lesión de la médula espinal hay un 24% a 57% de prevalencia. cifras similares se han reportado para los amputados. La depresión leve ha sido reportado en 40% de los pacientes con EP y depresión de moderada a severa en el 16,7% de los pacientes. La depresión en la EP puede ser acompañada por la ansiedad, la apatía y deterioro cognitivo. Por lo tanto es importante que el clínico para obtener información sobre la presencia de la depresión del paciente, así como del cuidador principal.

Cristian A, MD The Assessment of the Older Adult with a Physical Disability: A Guide for Clinicians Clin Geriatr Med 22 (2006) 221– 238

La depresión es más probable que se manifiestan como disminución del apetito y pérdida de peso en los ancianos que en adultos más jóvenes y es una causa importante de pérdida de peso y la desnutrición en este grupo, que representa hasta un 30% al 36% del total en

pacientes ambulatorios de medicina y enfermería los residentes del hogar. La desnutrición en sí, sobre todo si se produce la deficiencia de folato, pueden empeorar la depresión. El tratamiento de la depresión es eficaz para producir aumento de peso y mejorar otros índices nutricionales.

Chapman I, PhD. The Anorexia of Aging Clin Geriatr Med 23 (2007) 735–756

Muchos hombres que reciben testosterona tienen un mayor sentido de bienestar. Las mujeres tienen casi el doble de la prevalencia de depresión en comparación con los hombres. En 1948, Altschule Tillotson y sugirió que la testosterona podría ser utilizado para tratar la depresión. Estos hallazgos han sugerido un papel para la deficiencia de testosterona en los trastornos del estado de ánimo.

Varios estudios epidemiológicos han sugerido que niveles bajos de testosterona se asocian con la depresión o disforia. Barrett-Connor [et al 46] estudiaron 856 hombres de 50 a 89 años de edad. Ellos encontraron que la testosterona biodisponible se relacionó con las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck. Este hallazgo se mantuvo después de tener a la edad, el cambio de peso, y la actividad física. Los 25 hombres con depresión tenían niveles de testosterona cierto que fueron 17% más bajo que el resto de los sujetos estudiados. estradiol biodisponible no se asoció con disforia. Seidman et al de la temática a través de Massachusetts Male Aging Study encontró que las personas con un trastorno distímico había mediana de los niveles totales de testosterona (295 ng / dl) más bajos que aquellos con depresión mayor (425 ng / dL) y sin depresión (423 ng / dL). Lamentablemente, a pesar de tener la capacidad de calcular un valor de testosterona libre, los autores sólo se utiliza un valor de testosterona total, los autores sólo se utiliza un nivel de testosterona total. A la vista de los problemas conocidos de testosterona total como medida de hipogonadismo en las personas de edad [48], lo que limita el valor de este informe. Schweiger et al realizaron muestreos frecuentes de testosterona de más de 24 horas en un grupo de depresión (N = 15) y normal (N = 24) hombres.

Veinte y cuatro niveles medios de testosterona fueron menores en el grupo con depresión y la hormona luteinizante frecuencia del pulso estaba deprimido, lo que sugiere la depresión puede causar hipogonadismo secundario. Esto podría deberse a los efectos supresores del factor liberador de corticotropina en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. Otros estudios también han encontrado niveles bajos de testosterona en los hombres con depresión independientemente de la edad. Delhez y otros con un índice de testosterona libre calculada encontró que los síntomas depresivos en la Escala de Clasificación Carroll fueron más frecuentes entre los sujetos con hipogonadismo. La ansiedad y la calidad de vida no fueron diferentes en los sujetos y eugonadal hipogonadismo. En otro estudio, estar triste o de mal humor se asoció con menores niveles de testosterona [37].

Booth et al investigado el papel de la testosterona en la modulación de la conducta social. Los hombres con niveles de testosterona por debajo de los niveles normales tenían más disforia al igual que aquellos con niveles de testosterona por encima de la media. Esto sugiere que la relación de testosterona a la disforia es parabólica. Los hombres con mayores niveles de testosterona, sin embargo, no mostraron una relación de testosterona para disforia cuando antisociales y las conductas de riesgo y factores protectores, como el matrimonio y el empleo regular, se cuenta en el análisis. Varios estudios abiertos han sugerido que la testosterona podría ser útil en el tratamiento de la depresión. En 1977, Reiter cree que los hombres más deprimidas respondió a los andrógenos y que las recaídas

se produjeron a menudo cuando el tratamiento fue suspendido. Itil et al mostraron que el estado de ánimo mejoró con mesterolona en hombres con síntomas depresivos. Vogel et al confirmó este hallazgo. Seidman y Rabkin trataron cinco hombres con estado de ánimo no habían mejorado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. el aumento de testosterona se asocia con una mejoría rápida en los síntomas depresivos. El tratamiento con testosterona mejora el estado de ánimo disfórico en los hombres que están [VIH seropositivos 57,58]. Por otra parte, Sih et al no encontró mejoría en los síntomas de disforia, utilizando la Escala de Depresión Geriátrica, en los hombres deprimidos en un estudio controlado con placebo de reemplazo de testosterona. Seidman et al entraron 30 personas con diagnóstico y estadístico de trastornos Manual-IV de depresión mayor y un nivel de testosterona por debajo de 350 ng / dL en un ensayo controlado con placebo. Se recibieron 200 mg de enantato de testosterona o el aceite de semillas de sésamo por semana durante 6 semanas. La edad media de los pacientes fue de 52 años. resultados de Hamilton-D disminuyó en la misma medida en ambos grupos. La tasa de respuesta, definida como un 50% o más de reducción en la puntuación de Hamilton-D, fue del 38,5% en aquellos que reciben la testosterona, el 41,2% en aquellos que recibieron placebo.

Wolkowitz [et al 61,62] han informado de dos estudios en los que DHEA se utiliza para tratar un grupo mixto de hombres y mujeres con el fin de depresión mayor. En estos estudios, la DHEA parece mejorar el humor. En un estudio doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo en el estado de ánimo DHEA mejoró en 12 hombres con distimia la mediana edad de inicio.

Parece que disminuye la testosterona en hombres con depresión. El papel de los bajos niveles de testosterona en las fluctuaciones del estado de ánimo del día a día no está claro. La testosterona no parece ser eficaz para reducir los síntomas en la depresión mayor o clásica síntomas distímicos. estudios anecdóticos en los hombres mayores y un estudio en hombres más jóvenes sugieren que la testosterona podría mejorar los pensamientos positivos e inhibir los pensamientos negativos. Un pequeño estudio no solo, sin embargo, muestran una mejora en Psicología General Bienestar y la Salud Calidad de Vida Relacionada en hombres mayores de 65 años de edad. Grandes ensayos controlados con placebo utilizando escalas apropiadas psicológicas son indispensables para determinar la testosterona o no verdaderamente contribuye a la sensación de bienestar general.

Morley J, MB, BCh, Testosterone and behavior Clin Geriatr Med 19 (2003) 605– 616

La primera aproximación a un paciente con dolor comienza con una evaluación del dolor amplio, que incluya una historia clínica detallada del dolor, su impacto sobre las actividades, y antes de las intervenciones terapéuticas y sus resultados; un examen físico completo, examen de todos los medicamentos y la evaluación de funcionales su estado. Los pacientes ancianos pueden presentar manifestaciones atípicas de dolor, que comprende delirio, confusión, fatiga, aislamiento social y depresión. Además, el cribado de la depresión y la ansiedad es importante porque uno u otro estado puede aumentar la respuesta al dolor e interferir con el control del dolor. el control inicial de la depresión en pacientes de edad avanzada facilita enormemente el manejo del dolor.

Consecuencias del mal control del dolor incluyen la depresión, disminución de la socialización, las alteraciones del sueño, y problemas de deambulación.

Para adultos mayores con depresión y una corta esperanza de vida, los psicoestimulantes, como el metilfenidato (Ritalin), dextroanfetamina (Dexedrine), pemolina (Cylert) y modafinil (Provigil), suelen ser eficaces elevadores del estado de ánimo. Los psicoestimulantes tienen un inicio de acción rápido con una mejoría en el estado de ánimo a veces se considera un plazo de 48 horas de iniciar el tratamiento. Además de ser eficaz para el tratamiento de la depresión [58,59], los psicoestimulantes puede ser útil para la gestión de la sedación inducida por opioides, la fatiga relacionada con el cáncer y anorexia. Aunque los psicoestimulantes son en general bien tolerado, los efectos adversos incluyen ansiedad, insomnio, hipertensión, taquicardia y temblor. Todos los psicoestimulantes se deben evitar en pacientes con agitación, confusión, delirio o enfermedad grave subyacente del corazón

Brown J, MD et al. Symptom management in the older adult Clin Geriatr Med 20 (2004) 621–640

la asociación entre enfermedades físicas y el suicidio en la vejez podría explicarse en parte por el efecto mediador de la depresión (enfermedad física causa la depresión y la depresión aumenta el riesgo de suicidio).

enfermedad vascular subyacente puede predisponer a la depresión, pero también dan lugar a alteraciones en la función ejecutiva frontal que podría poner en peligro la capacidad de una persona para manejar el estrés con eficacia.+

Conwell Y, et al. Suicidal Behavior in Elders Psychiatr Clin N Am 31 (2008) 333–356

En este estudio de 12.130 pacientes ancianos con depresión recién iniciados en la medicación antidepresiva, encontramos que más del 40% estaban usando regímenes subóptima. El uso de baja intensidad de los regímenes de antidepresivo, en particular, parece ser un problema generalizado y que puede estar aumentando en prevalencia. Nuestros hallazgos confirman los datos de la década de 1990 que muestra poca o ninguna, la mejora en las proporciones de ancianos que reciben al menos 30 días de tratamiento antidepresivo en dosis mínima adecuada. Esto es problemático a la luz del creciente cuerpo de evidencia que los antidepresivos deben mantenerse en las dosis recomendadas hasta que los síntomas depresivos competencia y por lo menos 4 a 6 meses más a partir de entonces para ser eficaz.

Las razones para esto no están claras infratratamiento. Incluso cuando un médico tiene la intención de un régimen que dure por varios meses, el fracaso para volver a llenar los pacientes las recetas que pueden reducir el uso de corto, sin embargo, las barreras financieras que llevaron a la terminación prematura del antidepresivo puede ser problemas importantes en las personas de edad que pagan por sus propios medicamentos.

Wang P, MD et al. Suboptimal Antidepressant Use in the Elderly J Clin Psychopharmacol 2005; 25:118–126

Del mismo modo, para los adultos mayores de 65 años, los médicos lo desea, puede seleccionar un enfoque psicoterapéutico u otros medicamentos que los ISRS debido al aumento del riesgo de UGI sangrado asociado al uso de ISRS. Además, el uso concomitante de ISRS con un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE) o dosis bajas de aspirina aumenta el riesgo de sangrado UGI en adultos (de 40 a 79 años), aunque el aumento del riesgo es menor con la aspirina. El riesgo de sangrado UGI es mayor para

los medicamentos que cuentan con un grado moderado a alto de la inhibición de la recaptación de serotonina.

Tres revisiones sistemáticas de buena calidad incluye metaanálisis sobre la eficacia de los tratamientos para los adultos mayores.

Dos revisiones llegaron a la conclusión de que los antidepresivos son eficaces en el tratamiento de depresión los adultos mayores. En la revisión más reciente, los adultos mayores que recibieron antidepresivos fueron dos veces más propensos a tener la remisión de la depresión mayor o menor que los adultos mayores que recibieron placebo (odds ratio [OR], 2,03 [95% CI, 1,67 a 2,46]) (13). Una revisión Cochrane indican que entre los adultos mayores en viviendas comunitarias, el 36% de los que recibieron antidepresivos estaban en remisión al final del estudio en comparación con el 21% de los que recibieron placebo (OR, 2,13 [IC, 1,61 a 2,86]).

La psicoterapia también es un tratamiento efectivo de la depresión en adultos mayores. Dos revisiones sistemáticas de buena calidad sobre la eficacia de la psicoterapia en los adultos mayores encontró que los adultos mayores deprimidos tratados con psicoterapia fueron más del doble de probabilidades de tener la remisión que los que no recibieron tratamiento (OR: 2,47 [IC, 1,76 a 3,47] frente a 2,63 IC [1,96 a 3,53]) (13, 15).

Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement U.S. Preventive Services Task Force Ann Intern Med. 2009;151:784-792.

duelo, trastornos del sueño, la discapacidad, la depresión previa, y el sexo femenino parecen ser factores de riesgo importantes para la depresión en los sujetos de la comunidad de edad avanzada.

Tercera edad de la población podría ser examinados para identificar a individuos con alto riesgo de depresión (por ejemplo, en duelo mujeres con depresión previa, la discapacidad y las alteraciones del sueño). Posteriormente, estos individuos podrían ser objeto de intervenciones encaminadas a reducir los tres factores susceptibles de modificar y reducir el riesgo de depresión. Este tipo de medidas podrían incluir la educación sobre la importancia de los factores de riesgo, pérdida de seres queridos y el apoyo, entrenamiento en habilidades nuevas, "mantenimiento de las rutinas" protocolos, la mejora de los apoyos sociales, la terapia individual o de grupo para facilitar el ajuste a la pérdida de la función, y el sueño protocolos de mejora .

Estos cinco factores de riesgo puede servir a dos fines distintos. En primer lugar, que podrían identificar a poblaciones enteras en alto riesgo de depresión y ayudar al desarrollo de las intervenciones fue más notoria para reducir la frecuencia de la depresión. En segundo lugar, el tratamiento podría centrarse en los más importantes factores que contribuyen putativos (por ejemplo, duelo, pérdida de la función, las alteraciones del sueño). El hallazgo de que el duelo es un importante factor de riesgo para la depresión en contradicción con los resultados de la Zona de Captación Epidemiológica (ECA) estudio, que indica las bajas tasas de depresión relacionados con el duelo en el anciano. Sin embargo, se ha argumentado que el estudio de la CEPA, probablemente no para diagnosticar las formas sintomáticas de bajo nivel de depresión que experimentan muchos ancianos.

Cole M, M.D. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis Am J Psychiatry 2003; 160:1147-1156

En una amplia muestra de personas mayores de la población general, los individuos depresivos tenían menores valores de presión arterial que los no depresivos, independientemente de los medicamentos y de la historia de eventos cardiovasculares.

Lenoira H, MD et al. Relationship between blood pressure and depression in the elderly. The Three-City Study J Hypertens 26:1765–1772

la depresión postictal es una complicación frecuente después del accidente cerebrovascular que se asocia a un impacto negativo en la rehabilitación y recuperación funcional. Con los años, la literatura ha prestado apoyo a una relación entre la ECV y la depresión con una incidencia entre 15% y 70%. Según un estudio de base poblacional, la prevalencia de depresión mayor fue del 25% al alta hospitalaria, el 30% a los 3 meses después del accidente cerebrovascular, el 16% en 1 año, y el 29% a los 3 años con una edad media de 73 años. El estudio de Framingham una incidencia del 47% de la depresión a los 6 meses después del ictus, sin diferencias entre la izquierda y de las lesiones lado derecho. Otros estudios informaron la predisposición a la depresión después del anterior izquierda o derecha infartos posteriores. La fisiopatología no está del todo aclarado y podría involucrar varios mecanismos incluyendo las consecuencias directas de las lesiones cerebrales, el mecanismo neuroendocrino, o incluso la reacción psicológica al estrés o la discapacidad. Otras causas incluyen el daño a la corteza cerebral izquierdo, la proximidad de la lesión a polo frontal, y la historia premórbida de un trastorno psiquiátrico. Los factores de confusión pueden incluir comorbilidades médicas, deterioro de la atención y la iniciación, o fármacos que pueden deprimir el estado de ánimo. El tratamiento debe ser integral que incluya educación del paciente y cuidador, ejercicios terapéuticos, psicoterapia y agentes farmacológicos. Consejería durante la rehabilitación podrían disminuir el riesgo de depresión, especialmente cuando se dirige hacia las preocupaciones de ser una carga para la familia o la sociedad. Varios medicamentos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión con un beneficio potencial de mejorar la recuperación motora a corto plazo después del accidente cerebrovascular. En la actualidad, los fármacos como el metilfenidato, nortriptilina, citalopram, fluoxetina y se usan comúnmente para tratar la depresión después del ictus. La búsqueda de la depresión debe ser sistemática y con anticipación para asegurar un tratamiento adecuado. La población de adultos mayores que ya pueden estar en alto riesgo de depresión a causa de las enfermedades crónicas asociadas. Aún más, la edad avanzada suele ir acompañada de pérdida de los principales sistemas de apoyo social a causa de la muerte de un cónyuge o hermanos, jubilación o traslado de su residencia en un momento en que más se necesita. Los adultos mayores con depresión son más propensos a cometer suicidio que son más jóvenes las personas con depresión. Dentro de los 10 años después de un accidente cerebrovascular, el riesgo de muerte es 3,5 veces mayor en los pacientes deprimidos que en aquellos sin depresión.

Shah M, MD. Rehabilitation of the Older Adult with Stroke Clin Geriatr Med 22 (2006) 469– 489

En 1991, los Institutos Nacionales de Salud declaración de consenso sobre el tratamiento de la depresión tardía clasificó tercero en la psicoterapia como una línea de opciones de tratamiento, con medicamentos primera antidepresivos y la terapia electroconvulsiva segundos, indicando que no había pruebas suficientes para recomendar la psicoterapia como una primera línea de tratamiento para la depresión en adultos mayores. Desde entonces, numerosos artículos han sido escritos revisar la base de pruebas para la

investigación en psicoterapia en los adultos mayores y cuatro meta-análisis de ensayos existentes se han realizado. Además, varios ensayos clínicos aleatorizados reunieron recomendaciones orientadas en las intervenciones basadas en la evidencia han evaluado la eficacia de la psicoterapia como un tratamiento para la depresión tardía. La mayoría de estos estudios se han centrado en la evaluación de la terapia cognitiva-conductual (CBT), terapia breve dinámica (BDT), la psicoterapia interpersonal (IPT), terapia de reminiscencia (TR), y la combinación de estas intervenciones con la administración de medicamentos.

Seis ensayos aleatorios han comparado la TCC con la atención habitual o de control en lista de espera para los individuos con depresión mayor. Todos los estudios encontraron que la TCC fue superior al tratamiento habitual para la depresión, en lista de espera de control, placebo-píldora, y no hay tratamiento. También hay evidencia que sugiere que estos logros del tratamiento persisten durante largos períodos de tiempo. Por ejemplo, Gallagher-Thompson y sus colegas encontraron que las intervenciones cognitivas y conductuales junto con la terapia dinámica breve mantuvo la mejoría significativa de los síntomas depresivos en un período de dos años en comparación con una condición de control en lista de espera. En general, esta base de investigación sugiere que las intervenciones de TCC son mejores que ningún tratamiento o la atención habitual de la depresión tardía.

Mackin R, PhD *Evidence-Based Psychotherapeutic Interventions for Geriatric Depression Psychiatr Clin N Am* 28 (2005) 805–820

Durante la última década, la investigación se ha centrado en la comprensión cada vez mayor de la asociación bidireccional entre la depresión y los accidentes cerebrovasculares. Los resultados de sobrevivientes de la apoplejía, registro, y los estudios de población han sugerido que la depresión ocurre comúnmente después de accidente cerebrovascular, exige una mayor necesidad de atención médica después del ictus, se asocia con un mayor riesgo de suicidio, sobre todo en mujeres y en los grupos de edad más joven, y tras el control de factores de riesgo vascular y otras, se asocia con mayor incidencia de accidente cerebrovascular.

Sin embargo, la evidencia de que la depresión puede conferir un mayor riesgo de accidente cerebrovascular incidente es objeto de controversia

Surtees P, PhD *Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke Neurology* 2008; 70:788–794

Casi uno de cada 5 casos nuevos de discapacidad en las abvd en los adultos mayores se asocia con depresión

Dunlop D PD et al *Incidence of disability among preretirement adults: the impact of depression. Am J public Health* 2005;95:2003-2008.

Los hallazgos más llamativos de este estudio a gran escala basado en la comunidad fueron la diferencia en el riesgo de mortalidad relacionado con la depresión en función de si los participantes estaban tomando antidepresivos y los resultados divergentes entre los géneros. El mayor riesgo fue para los hombres deprimidos que también eran usuarios de antidepresivos, con la severidad de la depresión creciente corresponden a un riesgo de peligro alto. Por el contrario, entre las mujeres era sólo una depresión severa en ausencia de tratamiento, que incrementó considerablemente el riesgo.

Se ha informado de que el aumento de los síntomas depresivos se asocian con mayor riesgo de mortalidad de forma incremental, sin embargo, desde nuestro análisis estratificado por

género se encontró que esto era sólo el caso de los hombres. En las mujeres fue menor a la asociación global entre la depresión y mortalidad especialmente, con las asociaciones ajustado no significativas y ningún aumento aparente de acuerdo con la gravedad de la depresión. Estas variaciones de género podría ser la consecuencia de diferencias en la naturaleza o la intensidad de la exposición a factores de riesgo, o en la susceptibilidad a los mismos factores de riesgo. Se podría resultar de la vida cultural, social, de comportamiento o las diferencias de adaptación.

Nuestros resultados muestran que el riesgo de aumento de la mortalidad asociada a la depresión severa en los hombres se debió en parte a un aumento de la mortalidad relacionada con el corazón, como se informó previamente. En las mujeres suave pero no una depresión severa, parecían aumentar la muerte cardíaca. Los hombres con depresión severa tenían un mayor riesgo de muerte por 'desconocido' causas, lo que podría reflejar la impotencia de los hombres con depresión severa, que sólo podría renunciar a la vida y mueren a causa de varias condiciones de salud y disminuyendo. Otros estudios han sugerido que la depresión y el uso de antidepresivos aumentan el riesgo de suicidio y pueden aumentar las muertes por causas no naturales, como los accidentes, sobre todo entre los hombres. Sin embargo, según lo encontrado en otros estudios basados en la comunidad de las personas mayores, las causas externas de muerte fueron poco frecuentes en nuestra población.

Estos datos sugieren que los esfuerzos para prevenir la depresión en individuos susceptibles, en virtud de la predisposición genética o estresantes de la vida, puede ser beneficioso. A la luz de los datos que muestran la depresión aumenta la mortalidad cardíaca en personas con y sin enfermedad cardiovascular establecida, los esfuerzos para aliviar la depresión antes y después de la incidencia de enfermedad coronaria puede ser importante. En resumen, una historia de por vida de un episodio depresivo mayor se asocia con una mayor probabilidad de enfermedad coronaria en hombres y mujeres, después de controlar la utilización de sustancias demográficos, y los factores de riesgo de comportamiento. Estos datos sugieren que los médicos deben evaluar por el pasado, así como episodio depresivo mayor, ya que ambos están fuertemente y se asoció con la enfermedad cardíaca en los adultos mayores.

Herbst S, md et al. Lifetime Major Depression is Associated With Coronary Heart Disease in Older Adults: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Psychosomatic Medicine 69:729–734 (2007)

La prevalencia de TSH elevada en pacientes ancianos con depresión clínica no es mayor que el citado para la población anciana en general. En segundo lugar, la gran mayoría de los pacientes ancianos deprimidos que tienen TSH 5 mUI / L sólo marginalmente resultados elevados. En tercer lugar, no hubo asociación evidente entre el nivel de TSH y los síntomas de depresión o la gravedad, medida por dos instrumentos bien establecidos.

Fraser S, M.D et al. Low yield of thyroid-stimulating hormone testing in elderly patients with depression. General Hospital Psychiatry 26 (2004) 302–309

La depresión también puede presentarse con pérdida de la memoria o la disfunción ejecutiva y pueden confundirse con demencia. Las deficiencias cognitivas son similares a los encontrados en las demencias subcorticales. El 15-pregunta escala de depresión geriátrica puede ser capaz de identificar a los individuos deprimidos para iniciar un tratamiento adecuado.

Factora F, MD Normal Pressure Hydrocephalus: Diagnosis and New Approaches to Treatment Clin Geriatr Med 22 (2006) 645–657

En un estudio para examinar la capacidad de las personas habitan en la comunidad a los síntomas de discriminación de ansiedad y depresión, los adultos mayores eran menos precisos que los adultos más jóvenes y los síntomas de depresión eran más propensos a ser clasificados correctamente que los de ansiedad. La implicación jefe de clínica de esta investigación es que se requieren esfuerzos adicionales para educar al público, especialmente los adultos mayores, sobre los trastornos de ansiedad. Aumento de la conciencia puede facilitar la detección y tratamiento de estas frecuentes, incapacitantes y costosos, pero las condiciones tratables.

Loebach J, PhD Older Adults Are Less Accurate Than Younger Adults at Identifying Symptoms of Anxiety and Depression J Nerv Ment Dis 2009;197: 623–626

La depresión es la causa más común de tratar la anorexia y la pérdida de peso en personas de edad. Aunque cualquier agente que mejora el humor es probable que aumente la ganancia de peso, algunos antidepresivos parecen ser más orexigénicos que otros. Inhibidores de la monoamina oxidasa son potenciadores del clásico de peso, pero han caído en desgracia debido a su perfil de efectos secundarios. La mirtazapina es un alfa-2 multireceptor antagonista noradrenérgico presináptico / antidepresivos serotoninérgicos agonista. Al contrariar a los receptores presinápticos, mirtazapina aumenta la transmisión noradrenérgica. Cuenta con propiedades agonistas del receptor 5-HT1, pero es un antagonista 5-HT2-receptor. Esta combinación de efectos sobre los receptores noradrenérgicos y serotoninérgicos sugiere que la mirtazapina tendría efectos específicos aumentar el apetito. Los estudios clínicos han confirmado que el uso de los resultados de la mirtazapina en el aumento del apetito y más aumento de peso que tiene el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Mirtazapina parece ser el antidepresivo de elección para las personas mayores con depresión y pérdida de peso.

Morley J, MB. Orexigenic and anabolic agents Clin Geriatr Med 18 (2002) 853– 866

A pesar de la elevada prevalencia de la depresión, los médicos de familia pueden dejar de reconocer 30 a 50 por ciento de los pacientes con episodios depresivos mayores.

Thibault J, PH.D. Efficient Identification of Adults with Depression and Dementia. Am Fam Physician 2004;70:1101-10.

La depresión no es normal en el contexto de una enfermedad grave y debe evaluarse con regularidad.

La pregunta "¿Está deprimido?" Es una cuestión sensible y específico para pacientes con enfermedad avanzada.

Síntomas confiables incluyen sentimientos de impotencia, desesperanza, anhedonia, pérdida de autoestima, falta de valor, disforia persistente, y la ideación suicida.

Los síntomas somáticos no son indicadores fiables de la depresión en esta población.

La psicoterapia de apoyo, el enfoque cognitivo, las técnicas conductuales y las terapias farmacológicas han demostrado ser efectivos para el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedad avanzada.

Los pacientes deben pedir ideación específicamente sobre suicidas, que a menudo representa una medida de extrema angustia en los pacientes con enfermedad avanzada.

Elección de la terapia farmacológica es a menudo dictadas por la esperanza de vida del paciente estimado:

por ejemplo, psicoestimulantes (metilfenidato, dextroanfetamina) proporcionar un tratamiento rápido de los síntomas (en días) con efectos secundarios mínimos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son muy eficaces, pero puede requerir 3-4 semanas en hacer efecto.

Los antidepresivos tricíclicos son relativamente contraindicada debido a su efecto secundario profile. Dyspnea tiene claros componentes emocionales y psicológicos y exacerbaban y pueden ser exacerbados por dichos temores, la ansiedad y la depresión.

Morrison L, MD Palliative Care and Pain Management Med Clin N Am 90 (2006) 983-1004

La depresión parece ser la principal causa de la anorexia y la pérdida de peso en las personas de edad

Morley J. MD. Pathophysiology of anorexia Clin Geriatr Med 18 (2002) 661- 673

Los resultados del tratamiento son la reducción de los síntomas depresivos y la ideación suicida, la mejora del estado cognitivo y funcional, y la prevención de la recaída y recurrencia. Más de la mitad de los pacientes ancianos tratados con antidepresivos respuesta experiencia de tratamiento, definida como una reducción del 50% de los síntomas depresivos. En la intención de tratar los análisis, las tasas de respuesta a los antidepresivos son un 50% a 65% en comparación con el 25% al 30% con placebo en ensayos controlados aleatorios. Expertos sugieren recomendaciones de consenso que los adultos mayores toleran mejor que los ISRS ATC, aunque los estudios empíricos revelan una tolerabilidad similar y las tasas de efectos secundarios. Sin embargo, las consecuencias de los efectos secundarios pueden ser más graves para los ATC en comparación con los ISRS. Los ISRS se asocia con tasas más altas de náuseas, pérdida del apetito y disfunción sexual, pero que tienen menos anticolinérgicos y cardiovasculares efectos secundarios en comparación con los ATC. Los pacientes con bloqueo de rama preexistente que son tratados con ATC puede desarrollar el bloque de segundo grado. La elección entre los diferentes ISRS puede estar influida por la ausencia de interacciones medicamentosas, la sencillez de la dosificación y perfil de efectos secundarios. Los ISRS tienen una eficacia similar diversas, y algunos escitalopram (, citalopram y la sertralina) tienen un menor potencial de interacciones farmacológicas.

Una respuesta parcial al tratamiento no es infrecuente en el tratamiento de la depresión geriátrica, con el resultado de que los médicos prescriben agentes adicionales en el contexto de las terapias de aumento. Las estrategias de potencialización se añaden al principio del tratamiento para acentuar la respuesta clínica, alrededor de 4 a 6 semanas de tratamiento con antidepresivos para los pacientes que presentan mejoría limitada. En los pacientes que experimentan una respuesta parcial al tratamiento, algunos médicos combinar los antidepresivos en la esperanza de realizar los efectos sinérgicos. La terapia de combinación de dos antidepresivos no se ha estudiado sistemáticamente. Por lo tanto, no hay una base de apoyo o bien la evidencia empírica de la efectividad o falta de eficacia de las estrategias de aumento. Otras cuestiones importantes clínicas en el tratamiento de la depresión geriátrica incluyen la identificación y el tratamiento del adulto mayor con ideación suicida activa u otras señales de riesgo de suicidio. En los países industrializados, los hombres de 75 años y mayores tienen la mayor tasa de suicidios entre todos los grupos de edad. Los factores de riesgo para el suicidio en los ancianos incluyen enfermedades físicas, dolor persistente, trastornos del estado de ánimo, abuso de alcohol, ansiedad, duelo y aislamiento social. Más

a menudo, entre los pacientes de edad avanzada, se ha demostrado que la desesperanza mejor predice la ideación suicida en presencia de niveles moderados o más de los síntomas depresivos. Predictores de intentos de suicidio incluyen intentos previos de suicidio, con la intención de graves y la gravedad de la depresión. Los pacientes ancianos que han intentado suicidarse tienden a tener niveles más altos de desesperanza, incluso después de la depresión treatmentfor éxito. El uso de armas de fuego es el método más común de el suicidio en los adultos mayores. El tratamiento con un medicamento antidepressivo, por lo general un ISRS o IRSN, es la base del tratamiento de una depresión suicida adultos mayores. Un examen de los estudios doble ciego no demuestra una relación causal entre la farmacoterapia y la aparición de tendencias suicidas [86]. En un análisis retrospectivo, los pacientes deprimidos tratados con fluoxetina (1765) se compararon con un antidepressivo tricíclico (731) o el grupo placebo.

No hubo aumento en el riesgo de aparición de ideación suicida entre los pacientes deprimidos tratados con fluoxetina.

La depresión tardía es poco reconocido y undertreated en los adultos mayores.

Deprimido adultos mayores que están en mayor riesgo son los pacientes o infratratamiento mayores de 85 años, aquellos con condiciones médicas comórbidas y los adultos mayores con deterioro cognitivo que reciben atención médica en el hogar o que viven en hogares de ancianos. Aunque la literatura existente tratamiento empírico es limitado, la disposición publicada estudios de tratamiento y las recomendaciones de consenso de expertos encuentran que los antidepressivos son eficaces. En general, los ISRS e IRSN representan un bajo riesgo de los efectos secundarios más graves. El tratamiento de la depresión psicótica no ha sido adecuadamente investigado en los adultos mayores, aunque la práctica común incluye el tratamiento con un ISRS o IRSN, en relación con un antipsicótico atípico. El tratamiento con antidepressivos aumentada por la psicoterapia puede reducir al mínimo las recaídas y la discapacidad en los pacientes deprimidos. Continuación y tratamiento de mantenimiento con una dosis adecuada y durante un período adecuado de tiempo es crítico en la reducción de las recaídas. ensayos empíricos son necesarios que permitan evaluar a la selección y la eficacia de la terapia farmacológica combinada y otras estrategias de tratamiento para el tratamiento resistentes y responden parcialmente trastorno depresivo mayor en adultos mayores.

Shanmugham B, MD Evidence-Based Pharmacologic Interventions for Geriatric Depression Psychiatr Clin N Am 28 (2005) 821–835

El análisis transversal mostró una asociación entre la actividad física y la depresión, incluso cuando se realizaron ajustes por un número relativamente grande de posibles variables de confusión entre ellos la discapacidad de referencia. Los análisis longitudinales demostraron un efecto protector de la actividad física sobre la depresión posterior, tanto cuando los sujetos con discapacidad se incluyeron y cuando fueron excluidos.

A diferencia de los resultados de Rancho Bernardo, nuestro estudio encontró un efecto relativamente fuerte longitudinal de protección para la actividad física que no se atenuó cuando los sujetos con discapacidades físicas, fueron excluidos. Generalmente, los médicos abogado pacientes con discapacidades físicas para evitar la inactividad por temor a que su condición empeore. Debido a que la prevalencia de la discapacidad aumenta rápidamente con la edad y porque la discapacidad está fuertemente asociado con la depresión, con exclusión de las personas mayores con discapacidad puede hacer que tanto los estudios que

los sujetos excluidos menos representativo y, posiblemente, incluir la extirpación de los que se beneficiarán más.

Una variedad de mecanismos han sido propuestos por los cuales la actividad física podría reducir la incidencia de la depresión, pero la investigación hasta la fecha no es definitiva. Existen dos mecanismos que discute a menudo incluyen los niveles crecientes de dos tipos de neurotransmisores cerebrales después del ejercicio: monoaminas y las endorfinas. Los aspectos preventivos de la actividad física

para el desarrollo de graves enfermedades crónicas como la diabetes o enfermedades del corazón podría ser importante también debido a la estrecha relación existente entre la salud física y la depresión en la vejez. Otros mecanismos plausibles incluyen gimnasio y aumento de la autoestima como resultado de una mayor actividad física.

Por último, aunque los estudios del impacto de la actividad física sobre la depresión tratar de medir los efectos independientes, es posible que las personas con altos niveles de actividad física son también más propensos a involucrarse en otros comportamientos beneficiosos para la salud como no fumar, evitar la obesidad, y no beber en exceso. El impacto potencial de una conducta beneficiosos para la salud en materia de adopción de los demás merece mayor investigación.

Strawbridge1 W MD et al. Physical Activity Reduces the Risk of Subsequent Depression for Older Adults. Am J Epidemiol 2002;156:328-34.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20 % en la población ambulatoria, pero se incrementa de 25 a 40 % en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13 % por año.¹⁻³ Se manifiesta generalmente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional, agitación e ideas de suicidio.^{4,5} Aproximadamente en 60 % de los pacientes la depresión coexiste con ansiedad.^{5,6} En el adulto mayor puede confundirse con enfermedades como hipotiroidismo y deficiencia vitamínica (de ácido fólico y vitamina B12).⁷ Hay enfermedades que se asocian con depresión, como hipotiroidismo (50 %), infarto del miocardio (45 %), diabetes (8 a 28 %), Alzheimer (60 %) y enfermedad vascular cerebral (26 a 50 %).¹ El diagnóstico de depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).^{8,9} Existen varias pruebas de escrutinio o tamizaje; entre las más utilizadas en población mayor de 65 años se encuentra la escala de Yesavage,¹⁰ única diseñada exclusivamente para este grupo de edad y traducida al castellano y validada.^{11,12} Su versión está integrada por 30 ítems, tiene sensibilidad de 84 a 86 % y especificidad de 95 a 100 %;¹⁰⁻¹³ existen versiones acortadas de 15 e incluso cinco ítems, traducidas al español.¹⁴⁻¹⁶ La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial,¹⁷ para lo cual se utilizan pruebas como el minexamen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo al español, cuya sensibilidad es de 87 % y especificidad de 85 %.^{18,19} Los aspectos sociales son muy importantes en la etiología de la depresión en los adultos mayores, quienes generalmente están pensionados o dependen económicamente de otros familiares como hijos, nietos, sobrinos, por lo que además de tratamiento

farmacológico requieren psicoterapia. Dada la mayor esperanza de vida, el incremento de enfermedades crónicas degenerativas y el impacto negativo que la depresión tiene sobre la evolución de las enfermedades, consideramos importante determinar la prevalencia de depresión y los factores asociados en el paciente adulto mayor hospitalizado.

Se llevó a cabo estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo. Se incluyeron 320 adultos mayores de 65 años de edad, de uno y otro sexo, derechohabientes, hospitalizados en el Hospital General de Zona 16 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Torreón, Coahuila, entre junio y diciembre de 2003, en los departamentos de medicina interna, cirugía y ortopedia, con diferentes patologías de base, y que aceptaron participar. Previa aprobación del Comité Local de Investigación y del Subcomité de Bioética, a los participantes se les aplicó un cuestionario sobre datos sociodemográficos y las siguientes escalas validadas:

☑ Escala de Yesavage, en su versión original de 30 ítems, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos) (anexo).

☐ Miniexamen cognoscitivo de Folstein, versión de Lobo, con el que se determina no demencia (> 20 puntos), probabilidad de demencia (14 a 19 puntos) y demencia (< 13 puntos).

☐ Escalas para evaluar dependencia o independencia: la de actividades diarias básicas de Katz (seis ítems) y la instrumental de Lawton (ocho ítems); ambas dicotómicas.²¹

No se incluyeron los pacientes con alteración del estado de alerta (estupor-coma), hipoacusia severa o afasia motora. Se eliminaron 10 personas que obtuvieron menos de 13 puntos en el miniexamen cognoscitivo de Folstein y que fueron catalogadas como portadoras de demencia.

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, χ^2 para variables ordinales, cálculo de razón de momios (OR) e intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %); así como análisis multivariado de factores de riesgo para depresión, mediante regresión logística para variables dicotómicas. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 10. fue de 72 años y predominó el sexo femenino (58 %); se encontró demencia en 3.1 % y depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más. Tanto con la escala de Katz como con la de Lawton se observó alto porcentaje de dependencia (cuadro I).

En el análisis bivariado, los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino, dependencia para realizar las actividades diarias (determinada mediante escala de Katz), estar hospitalizado en el departamento de medicina interna; vivir solo o con personas no cercanas a la familia y padecer enfermedades crónicas degenerativas (cuadro II). Al ser analizados mediante regresión logística, todos los factores mencionados se asociaron con depresión, excepto la dependencia (cuadro III).

Discusión

La prevalencia de depresión en los adultos mayores hospitalizados es elevada; en la literatura oscila de 21.4 a 56 %. La gran variación en los informes se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios.^{1-3,8,22-25} También hay diferencias si el estudio se realiza en determinados servicios, como en

Urgencias, donde se ha encontrado prevalencia de 30 % en población mayor de 18 años, sin diferenciación por grupos de edad.²⁶ En servicios de rehabilitación visual se ha observado 26.9 % en personas mayores de 65 años.²⁷ En el presente estudio es alto 7.4 % de depresión severa (20 o más puntos de la escala de Yesavage); si el punto de corte se establece en puntuaciones de 15 o más, se incrementa en forma sustancial a 26.45 %, significativamente superior a 16 % reportado por García Serrano y colaboradores.⁸ Si bien es cierto que las puntuaciones entre 11 y 14 indican trastornos del ánimo más que depresión leve, al incluirlas la prevalencia de depresión global se incrementa a 50.3 % (cuadro I), también superior a 31 % reportado por García Serrano.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor. Estas cifras no son contrastables con nuestro estudio, ya que la Encuesta Nacional se efectuó en población abierta, incluyó pacientes de 18 años de edad en adelante y la proporción de sujetos participantes mayores de 65 años fue muy pequeña (31 pacientes, 1.3 % de la muestra).²⁸

La asociación de depresión con el sexo femenino (cuadro II) es controversial. Algunos autores han indicado predominio de episodios depresivos en la mujer,^{28,29} con una razón mujer:hombre de 2:1,²⁵ similar a nuestros hallazgos a pesar de que esos estudios incluyen población abierta, mayor de 18 años y no se hace énfasis específico en el adulto mayor de 65 años. Gutiérrez Lobos³⁰ refiere que aun cuando el predominio de la mujer existe, el patrón de presentación está influido por el estado marital y la edad de la persona, de manera que la relación 3:1 que se observa en personas casadas entre los 30 y 50 años, disminuye a 1:1 en las menores de 30 y mayores de 50 años de edad. En las personas no casadas, el patrón es diferente: 2:1 en jóvenes, 2.5:1 en edad media y 1:1 en mayores de 55 años. En nuestro estudio, al analizar grupos mayores o menores de 75 años en función de su estado marital, siempre predominó la mujer como portadora de cuadros depresivos en una relación de 2.5:1. Las diferencias en los resultados pueden explicarse por variaciones en los patrones psicosociales y culturales de las poblaciones.

Algunos estudios comparativos de seguimiento han demostrado mortalidad superior en pacientes del sexo masculino con depresión mayor.^{1-3,22}

La asociación de depresión con estar hospitalizado en el servicio de medicina interna puede explicarse porque este tipo de pacientes con mayor frecuencia cursa con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes. Lo anterior se apoya al analizar la colinearidad de estar hospitalizado en medicina interna y tener enfermedades crónicas, con bajo valor de tolerancia al considerarse en conjunto y elevación del mismo al hacerlo por separado (cuadro III).

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica,^{31,32} hipotiroidismo,³³ enfermedad vascular cerebral,³⁴ enfermedad de Alzheimer, Parkinson,^{1,4} cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis.³⁵

Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional,³⁶⁻³⁸ por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado disminución de linfocitos con respuesta inmunológica disminuida,³⁹ y una relación inversa de la multimorbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos

con depresión;40 además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.41 La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad (62 % con escala de Katz y 75 % con escala de Lawton) son factores que se asocian con depresión25 y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión.35 Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano42,43 (cuadro II). Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar44 en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad y a enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial,2 con sentimientos de inutilidad y desánimo. En conclusión, hay tres aspectos que se debe tener en cuenta:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su estudio del costo global de enfermedades, en países desarrollados la depresión en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020, después de la cardiopatía isquémica.

□ La depresión tiene un impacto negativo en la salud de los pacientes y en los costos de atención médica. Se estima que para el año 2040 en Estados Unidos la población adulta mayor deprimida consumirá 50 % de los gastos destinados a los servicios de atención a la salud.46

□ La depresión tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y conducen en forma conjunta a detrimento de la calidad de vida de este grupo de pacientes.35,36,40 Dado lo anterior, es conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad, 41,44 como los establecidos para los pacientes con cáncer.47 Se requieren más estudios para analizar el costo-beneficio de implementar estas estrategias de apoyo.

Martínez-Mendoza J. et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28

Cuando se produce un trastorno depresivo, se asocia con discapacidad marcada, se apresuró el declive funcional, aumento del riesgo de hospitalización, la calidad de vida disminuida, un mayor uso de servicios médicos, y la mortalidad. ancianos con depresión tienen cuatro veces más probabilidades de morir de cualquier causa que sus contrapartes no depresivos. Presentan a los servicios de emergencia con más frecuencia y tienen mayores longitudes de las hospitalizaciones, una vez admitido. El uso de los recursos ED por la población geriátrica en crecimiento es cada vez mayor, mientras que su salud mental servicios de uso sigue siendo pobre.

Epidemiología

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en los ancianos varía en función de los criterios utilizados para el diagnóstico y la población estudiada. Los estudios epidemiológicos de los ancianos en viviendas comunitarias informan hasta una prevalencia del 5% de trastorno depresivo mayor y un 8% al 27% de prevalencia de depresión menor (a menudo descrito como la depresión subsindrómica). La depresión mayor está presente en

5% al 12% de los pacientes hospitalizados y el 12% al 16% de residentes. Como se mencionó anteriormente, la depresión no tratada se asocia con una mayor mortalidad de la condición médica comórbida [54], el suicidio, mayor riesgo de discapacidad y deterioro del funcionamiento psicosocial. La falta de detección de la depresión puede causar el uso excesivo de referencias físicas y exámenes de laboratorio, innecesarias a los especialistas médicos, la disfunción eréctil y frecuentes visitas a la consulta y los medicamentos y otros tratamientos. El reconocimiento y la derivación adecuada es imprescindible para lograr los objetivos del tratamiento para el paciente deprimido. Estos incluyen el alivio de los síntomas depresivos, reducir el riesgo de recurrencia y recidiva, mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y mortalidad. depresivo severo trastorno de órdenes de hospitalización. La entrada debe ser considerada para los pacientes que expresan ideas suicidas con intención, los que intentaron suicidarse, los pacientes que tienen dificultades con el cumplimiento, los que están experimentando depresión con síntomas psicóticos, a aquellos que descuidan ellos mismos, y los pacientes con enfermedades médicas importantes que complican el tratamiento para la depresión. Para los menos perturbados ancianos otras formas de eliminación debe ser utilizado. Estos incluyen referencias a su proveedor de atención primaria, consultores psiquiátricos, o programas de hospitalización parcial. Indicaciones para la remisión psiquiátrica incluyen: las dificultades de diagnóstico, la depresión coexistente con otros síntomas psiquiátricos (ansiedad, psicosis, abuso de sustancias), la depresión con comorbilidad médica y enfermedades neurológicas, no antes de los ensayos de medicamentos, o la incapacidad para tolerar los antidepresivos. intervenciones farmacológicas, psicoterapia y terapia electroconvulsiva son eficaces para el tratamiento de la depresión geriátrica.

recomendaciones clínicas con frecuencia a favor selectivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) sobre los antidepresivos tricíclicos, debido a un perfil de efectos secundarios más benigno, aunque los estudios de investigación no ha demostrado efectividad superior ISRS "en el alivio de los síntomas depresivos en pacientes geriátricos.

Piechniczek-Buczek J, MD Psychiatric Emergencies in the Elderly Population Emerg Med Clin N Am 24 (2006) 467-490

La depresión y el suicidio en el anciano

Aunque la depresión es el trastorno psiquiátrico más común en los ancianos, que sigue siendo poco reconocida y tratada. Esto puede ser secundaria a una mayor probabilidad de los pacientes ancianos con enfermedades concomitantes. Por otra parte, las enfermedades psiquiátricas y médicas tienden a tener menos dos años, como la pérdida de apetito, falta de energía, insomnio, y un creciente número de quejas somáticas. Además, los médicos pueden considerar la depresión latente como una respuesta normal a los cambios de la vida múltiple: de jubilación, siendo un ingreso fijo, la pérdida de objeto, el aislamiento, las crecientes necesidades de la dependencia, la muerte de un cónyuge, y la aparición de múltiples enfermedades médicas. Aproximadamente, el 15% de los ancianos en la comunidad sufren de depresión. Hasta el 25% de los pacientes que viven en residencias de ancianos, en comparación con el 5% visto en el ámbito de la atención primaria, han sido diagnosticados con depresión.

El reconocimiento de la depresión tardía es importante. Esta es una condición tratable y retrasar el tratamiento sólo lleva a una serie de consecuencias. Se asocia con un mayor uso de recursos de atención de salud, una disminución de la capacidad funcional, y un aumento

de la mortalidad. Luber y sus colegas encontraron que, en comparación con los controles no deprimidos, las personas con depresión tenían casi el doble de consultas de atención primaria, el doble de especialistas muchas referencias, y más del doble que las pruebas radiológicas. Los pacientes con depresión de inicio tardío es más probable que tengan efectos directos de los factores de riesgo biológico para la depresión, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson, venticulomegalia, en el fondo hiperdensidades sustancia blanca, infartos lacunares, y otras alteraciones vasculares. Por lo tanto, la depresión de inicio tardío tiene un curso más crónico y está asociado con una mayor secuelas neurológicas como la demencia. Un análisis de los datos publicados por Ranga y sus colegas mostraron que casi el 40% de los pacientes con enfermedad arterial coronaria sufren de depresión. Entre el 25% y el 50% de los pacientes hospitalizados por el tratamiento del cáncer presentaba síntomas depresivos. Aproximadamente el 40% de los pacientes después de una apoplejía expresó síntomas depresivos también. La frecuencia de depresión en la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, o demencia vascular no fue tan clara. Deprimido pacientes ancianos pueden presentar síntomas típicos de la depresión, tales como estados depresivos persistentes; disminución del interés y un nivel de disminución de la energía, y sentimientos de desesperanza, inutilidad y culpa. También se puede manifestar ideas suicidas. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que algunos pacientes son más propensos a tener síntomas somáticos que los síntomas psicológicos. escalas de depresión pueden ser herramientas útiles para el diagnóstico de depresión, un ejemplo de que es la Escala de Depresión Geriátrica. Farmacoterapia sigue siendo el pilar del tratamiento para la depresión en los ancianos. No sólo ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión, tanto en personas con enfermedades médicas y los pacientes mayores, pero también ha demostrado ser eficaz en el ahorro de Salud de dólares. Lamentablemente, el tratamiento de la depresión en el anciano es complicado por factores relacionados con la edad. Los cambios en el metabolismo elderlyexperience y los cambios en la neuroquímica. En consecuencia, en comparación con los individuos más jóvenes, los medicamentos pueden tener un efecto más profundo en pacientes de edad avanzada y es probable que ya han serumhalf vidas. Los ancianos, por tanto, menor necesidad de dosis iniciales de los medicamentos, en particular en el caso de los antidepresivos más antiguos. Por otra parte, como se mencionó, los pacientes en esta población a menudo tienen múltiples problemas médicos y puede estar en varios medicamentos. El médico por lo tanto debe estar atento interacciones clínicamente significativas con otros medicamentos. La tolerancia de los medicamentos también es de consideración crítica, como el cumplimiento es otro tema importante en esta población de pacientes. Como las personas mayores son a menudo en muchos de los medicamentos, pueden ser rápidamente desalentado por los medicamentos que se sienten son ineficaces y, por tanto innecesaria; los médicos deben ser conscientes de marcadores tempranos de respuesta y la remisión de manera que se pasa menos tiempo tratando de determinar si los medicamentos se facilitar la eficacia deseada. ATC, antes de la primera línea de tratamiento en la depresión, han caído en desuso desde la aparición de los ISRS se toleran mejor, que tienen menos efectos secundarios potenciales. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de suicidio que otros segmentos de la población. Cuando una persona mayor, se reconocen como suicida, la acción agresiva debe ser objeto de intervención. La evaluación inicial debe realizarse una evaluación más detallada para determinar la magnitud y especificidad de pensamientos suicidas actuales y pasados, incluyendo el grado de planificación a cabo, las razones para considerar el suicidio, la historia actual y anterior de la conducta auto-daño, y los resultados físicos e

interpersonales de tal comportamiento. Uno también deberían evaluar la razón por la paciente de edad avanzada para la vida y fuente de percepción de sentido de la vida, ya que estos pueden indicar las fuentes de ambigüedad y posibles vías de intervención preventiva. Si una persona mayor de suicidio tiene la intención letal (por ejemplo, la determinación para poner fin a su vida y planes específicos acerca de cómo hacerlo) o no puede o no compartir sus pensamientos con el evaluador, la hospitalización para garantizar la seguridad de la persona y permitir una evaluación posterior puede ser indicada. Evaluación de nuevas deben incluir la determinación de si el individuo tiene acceso a medios letales, armas de fuego en particular. Si es así, el curso más responsable sería ponerse en contacto con miembros de confianza de la familia, los amigos o la policía local, con el consentimiento del paciente, y les pido que retire las armas. Todo esfuerzo debe hacerse para proporcionar un entorno seguro para la persona a regresar. Si el paciente se niega a renunciar al arma o hacer los arreglos para garantizar la seguridad de otros posibles medios de auto-daño, entonces una vez más la hospitalización debe ser considerada.

Aproximadamente el 75% de los adultos mayores que se quitaron la vida habían estado en la oficina de un proveedor de atención primaria en los últimos 30 días; approximatelyone tercio había estado en la oficina de su proveedor en la última semana de vida. Estas observaciones sugieren que una mejor detección y tratamiento de la depresión por médicos de atención primaria debe ser un objetivo prioritario para las intervenciones de suicidio últimos años de vida de prevención. Es menos probable que los adultos jóvenes a respaldar la ideación suicida o intentos de hacer, sin embargo, tienen tasas sustancialmente más alto de suicidio consumado. Agresiva intervención clínica debe realizarse una vez que un paciente de edad avanzada se sospecha que es suicida.

La intervención debe incluir una evaluación inmediata completa de la naturaleza y extensión de los pensamientos y planes suicidas, el acceso a los medios, los antecedentes de conducta suicida, y una revisión sistemática de los riesgos y factores protectores. Los factores de riesgo para el suicidio son actuales o pasados enfermedad psiquiátrica, por ejemplo, depresión, psicosis, trastornos de abuso de sustancias, enfermedades médicas graves, y los estresores sociales, tales como la jubilación, la pérdida de una carga cada vez mayor ser querido, de la discapacidad y el aislamiento social [3] . Sobre esa base un plan de tratamiento agudo se puede articular para ayudar a mantener la seguridad del paciente, mientras que la evaluación y el tratamiento de la patología subyacente del paciente.

Borja B, MD. *Psychiatric Emergencies in the Geriatric Population Clin Geriatr Med* 23 (2007) 391–400

El principal hallazgo de este multicéntrico y aleatorizado de atención primaria es que la ideación suicida resolver más rápidamente en pacientes sometidos a prácticas asignados aleatoriamente para recibir la intervención en comparación con los pacientes que recibieron la atención habitual. Además, los pacientes de intervención tuvieron un curso más favorable de la depresión, medida por la gravedad de los síntomas depresivos, la respuesta al tratamiento de la depresión, la depresión y la remisión. El impacto de la intervención sobre los síntomas depresivos fue mayor en los pacientes con depresión mayor que para los pacientes con depresión leve a menos ideación suicida también estuvo presente. Las tasas de suicidio son más altas entre los ancianos, especialmente los hombres blancos de edad. Aunque individuales médicos de atención primaria con poca frecuencia experiencia de suicidios entre sus pacientes, el carácter devastador de estos hechos pone de relieve la importancia de desarrollar métodos eficaces para reducir al mínimo el riesgo de suicidio.

Mientras que el suicidio se produce con poca frecuencia en la atención primaria para medir el impacto de la intervención en suicidios consumados (y el estudio PROSPECT no fue diseñado para hacerlo), la intervención logró una reducción más rápida de las tasas de ideación suicida que las observadas en la atención habitual. Un paciente del grupo de intervención murió por suicidio, la metodología de seguimiento no nos permiten conocer con fiabilidad las causas de muerte para los pacientes en el grupo de cuidado habitual. Dos pacientes, uno en el grupo de intervención y 1 en el grupo de atención usual, hizo intentos de suicidio. Si bien es razonable esperar de nuestros hallazgos que la tasa de suicidios en un grupo grande de pacientes tratados sería favorable afectados, ningún estudio ha demostrado de manera explícita al respecto.

Ideación suicida varía desde la concepción leves, graves y pasiva a activa. En atención primaria, la baja prevalencia de ideación activa reduce la posibilidad de comparar los resultados según la gravedad de la ideación o la realización de los ensayos sólo para las ideas activa. Por el contrario, la evidencia sugiere que la ideación suave es más persistentes y más difíciles de tratar. Estos hallazgos resaltan las dificultades para reducir el riesgo de suicidio en general en atención primaria y la importancia de diseñar intervenciones de atención primaria que se ocupan de la gama en la severidad de la ideación suicida. Una posible limitación de estos resultados del estudio es la prevalencia basal de ideación suicida reportado en las prácticas de intervención en comparación con la atención habitual. No hemos sido capaces de explicar esta diferencia. Puede ser el resultado de fracaso de la aleatorización practicelevel (a pesar de que ningún grupo diferencias en la depresión), sesgo del evaluador (aunque la vigilancia en curso sugerido ninguna), otro de los factores metodológicos, o la casualidad. ajustes de regresión basado en modelos elegidos para compensar esta diferencia de base sigue siendo demostrado un efecto de la intervención en ambos ideación suicida y la depresión. Tomamos nota de que la depresión al inicio del estudio fue similar en ambos grupos. Otra limitación potencial de generalización del estudio es el hecho de que el tratamiento la depresión se proporcionan sin costo alguno para los participantes. En el grupo de intervención, más de dos tercios de los pacientes que expresan ideas de suicidio ya no eran suicidas a los 4 meses, una tasa de mejoría semejante a la observada entre los pacientes especializados de salud mental en una clínica academicbased. La tasa de respuesta la depresión de los pacientes de intervención también fue similar a las tasas observadas en ensayos de eficacia de los ISRS aleatorios. Estos resultados son importantes dada la metodología de estudio elegido para aumentar la relevancia de los hallazgos de PROSPECT a la práctica del mundo real. En primer lugar, el estudio se llevó a cabo en una variedad de prácticas, la mayoría de los cuales fueron académicos, relativamente pequeños, y que atienden a poblaciones heterogéneas. En segundo lugar, a pesar de las denegaciones reducida representatividad estricta de la muestra, el muestreo y los procedimientos de selección resultó en una mayor heterogeneidad que generalmente se alcanza en los ensayos aleatorios. El impacto de la intervención en la reducción de la ideación suicida argumenta que la administración de atención debe ser añadida como una intervención efectiva demostrado empíricamente en la práctica, el comportamiento suicida guidelines.²⁶ Es importante destacar que gran parte del impacto de la intervención fue de la velocidad de mejoría de las pacientes, que es importante para reducir tanto el riesgo de suicidal behavior y el sufrimiento en curso entre los pacientes y sus familias. Así, los pacientes con experiencia de intervención no sólo más "depresión día libre", sino también 78 días libres de ideación suicida. El hallazgo en este sentido la intervención fue distinta según la gravedad de la depresión sugiere la utilidad

clínica de centrarse en los pacientes con depresión mayor. Este punto tiene varias advertencias, sin embargo. En primer lugar, los pacientes con depresión menor que reportaron ideación suicida se beneficiaron de la intervención, aunque en este subgrupo fue pequeño. En segundo lugar, la delimitación entre la depresión mayor y menor es más convencional que absoluta para que los resultados ofrecen una guía en vez de una receta médica para la toma de decisiones clínicas. En tercer lugar, no todos los pacientes con depresión menor remitido a través del tiempo, lo que sugiere que "espera vigilante" puede ser útil para identificar los síntomas que persisten o se agravan. En resumen, es multicéntrico, PROSPECT muestran que una intervención que consiste en el tratamiento de directriz dirigida por un médico a nivel de maestría sea factible y eficaz en la reducción sustancial ideación suicida en los pacientes geriátricos que sufren depresión en atención primaria. La intervención también fue efectiva para reducir los síntomas depresivos en pacientes con depresión mayor y, cuando estuvo presente la ideación suicida, depresión menor. En conjunto, estos hallazgos indican que los esfuerzos por mejorar la calidad de la depresión geriátrica de tratamiento para los pacientes de atención primaria puede centrarse en los pacientes con ideación suicida o depresión mayor con la expectativa de que la gestión adecuada reducirá los síntomas depresivos, ideación suicida, y el riesgo de suicidio a finales de vida.

Bruce M; et al. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial JAMA. 2004;291(9):1081-1091

VI.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de depresión en los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico "Lic. Adolfo López Mateos" del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010?

VII.- JUSTIFICACIONES

La prevalencia de depresión en los adultos mayores hospitalizados es elevada; en la literatura oscila de 21.4 a 56 %. La gran variación en los informes se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios. En servicios de rehabilitación visual se ha observado 26.9 % en personas mayores de 65 años. En un

estudio realizado en el IMSS (*Martínez-Mendoza J. et al. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28*) se encontró una prevalencia de 7.4 % de depresión severa (20 o más puntos de la escala de Yesavage); cuando el punto de corte se establecía en puntuaciones de 15 o más, la prevalencia se incrementaba en forma sustancial a 26.45 %. Y cuando se incluían puntuaciones entre 11 y 14 (que indican trastornos del ánimo más que depresión leve), la prevalencia de depresión global se incrementa a 50.3 % (cuadro I).

En México, no existen estudios orientados a determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores, en el año 2003 la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (*Medina-Mora me et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, vol. 26, no. 4, agosto 2003*) reportó que el 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor. Estas cifras no corresponden a población geriátrica, ya que la Encuesta Nacional se efectuó en población abierta, incluyó pacientes de 18 años de edad en adelante y la proporción de sujetos participantes mayores de 65 años fue muy pequeña (31 pacientes, 1.3 % de la muestra).

Es posible que pueda presentarse una mayor prevalencia de depresión en los pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Geriátrica y podría ser explicado por el hecho que este tipo de pacientes con mayor frecuencia cursan con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes.

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Alzheimer, Parkinson, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis.

Además de una mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional, por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado disminución de linfocitos con respuesta inmunológica disminuida, y una relación inversa de la multimorbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos con depresión; además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.

Dado lo anterior, es conveniente conocer la prevalencia de depresión en los adultos mayores con el fin de establecer intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y mortalidad.

VIII.- HIPÓTESIS

La prevalencia de depresión es mayor al 50%

La prevalencia de depresión en las mujeres es mayor que en los hombres

IX.- OBJETIVOS

General

Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010

Específicos

1. Identificar el grupo etario de los pacientes con depresión
2. Identificar el género de los pacientes con depresión
3. Identificar el estado civil de los pacientes con depresión
4. Identificar la escolaridad de los pacientes con depresión
5. Identificar la ocupación de los pacientes con depresión
6. Identificar la enfermedad de base que motivó la consulta del paciente con depresión

X.- MÉTODOS

Se llevó a cabo estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El muestreo fue no probabilístico de tipo consecutivo. Se incluyeron 298 adultos mayores de 60 años de edad, de uno y otro sexo, que acudieron a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010, los cuales fueron divididos en

pacientes de primera vez y pacientes subsecuentes; los pacientes de primera vez fueron 79 con diferentes patologías de base, y que aceptaron participar.

El comité de enseñanza e investigación del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” aprobó el protocolo de estudio. A los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa del servicio de Geriátría vespertino del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” durante el periodo comprendido del 01 de Enero al 31 de Junio del 2010 se les aplicó un cuestionario acerca del estado civil, escolaridad y ocupación. Además se les realizaron encuestas mediante la utilización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage en su versión original de 30 ítems la cual ha sido validada en forma internacional, con la que se califica no depresión (0 a 10 puntos), depresión leve-moderada (11 a 20 puntos) y depresión severa (> 20 puntos) (anexo). (Yesavage JA, Brink TL, Rose TL y cols. “Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report” *Journal of Psychiatric Research*, 1983; 17:37-49) y minimal de Folstein (Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugo PR “Mini mental state” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975; 12: 189-198) o en su defecto, a aquellos pacientes sin escolaridad, se les realizó una prueba del reloj. (Cacho J, García García R, Arcaya J, Vicente JL, Lantada N. Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol* 1999; 28: 648-655).

Todos los pacientes eran mexicanos..

No se incluyeron los pacientes con alteración del estado de alerta (estupor-coma), hipoacusia severa o afasia motora. Se eliminaron 8 personas que fueron catalogadas como portadoras de demencia y 10 personas por no cumplir con los criterios de inclusión.

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, χ^2 para variables ordinales, cálculo de razón de momios (OR) e intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %); así como análisis multivariado de factores de riesgo para depresión, mediante regresión logística para variables dicotómicas. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 19.

Datos de la encuesta

Todas las encuestas se obtuvieron al momento de la primera consulta en el servicio de Geriátría y consistían en 30 preguntas.

ESCALA DE YESAVAGE

Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI

14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

Estos resultados fueron interpretados usando el puntaje original de la escala: un punto por cada una de las respuestas.

Normal	0-9	puntos
Depresión menor	10-19	puntos
Depresión mayor	20-30	puntos

6.1.- Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal tipo encuesta.

6.2.- Límite de espacio

La consulta externa vespertina del servicio de Geriátría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010.

6.3.- Límite de tiempo

Todos los pacientes mayores de 60 años que acudieron por primera vez a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010.

6.4.- Universo de trabajo

Todos los pacientes mayores de 60 años que acudieron por primera vez a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del 01 de enero al 30 de junio del 2010 y que cumplieron con los criterios de estudio.

1.- Criterios de inclusión

- a) Pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” en el periodo del 01 de Enero al 30 de Junio del 2010
- b) Pacientes que cuenten con expediente clínico completo.
- c) Pacientes de cualquier sexo y edad mayor a 60 años.
- d) Pacientes a quienes se les haya descartado deterioro cognitivo mediante la realización de minimental de Folstein o prueba del reloj
- e) Pacientes que cumplan con los criterios de depresión de acuerdo a Yesavage

Normal	0-9	puntos
Depresión menor	10-19	puntos
Depresión mayor	20-30	puntos

2.- Criterios de exclusión

- a).- pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

6.5.- Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operativa
Normal	Puntaje de 0 a 9 de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage	Variante identificada por el investigador mediante la realización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)
Depresión menor	Puntaje de 10 a 19 de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)	Variante identificada por el investigador mediante la realización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)
Depresión mayor	Puntaje de 20 a 30 de acuerdo a la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)	Variante identificada por el investigador mediante la realización de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS)
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació	Se determinará en base a la fecha de nacimiento del paciente y en años cumplidos
Género	Condición orgánica por la que se diferencian hombres y mujeres	Se determinará si es masculino o femenino
Diagnóstico	Padecimiento o padecimientos que motivaron el ingreso a hospitalización al servicio de medicina interna	Se determinará la existencia de éstas por medio del expediente clínico
Estado Civil	Situación jurídica concreta que posee un individuo con respecto a la familia, el Estado o Nación a que pertenece	Se determinará en Base a Casado (a), Viudo (a), Soltero(a)
Escolaridad	Número de años completos de estudio cursados	Se determinará en base a los años de escolaridad completados
Ocupación	Acción o función que desempeña actualmente	Se determinará en base a la respuesta del paciente

6.6.- Diseño del estudio

Se realizaron las encuestas en todos los pacientes mayores de 60 años que acudieron por primera vez a la consulta externa vespertina del servicio de geriatría del centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” del instituto de salud del estado de México en el periodo del

01 de enero al 30 de junio del 2010 obteniendo datos a través de la hoja de recolección de datos, (anexos 1 y 2) donde se analizaron y se presentaron los resultados en cuadros y gráficos,

Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, χ^2 para variables ordinales, cálculo de razón de momios (OR) e intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %); así como análisis multivariado de factores de riesgo para depresión, mediante regresión logística para variables dicotómicas. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 19.

XI.- ORGANIZACIÓN

Directora de Tesis: M. Esp. en M.I: Ligia García Cáceres

Tesista: M. Esp. En M.I: Hugo González Gómez

En caso de publicación de la tesis, el primer autor será el tesista.

XI.- IMPLICACIONES ÉTICAS

El trabajo cumple con los principios éticos marcados en la Ley General de Salud, estando especificada en el Capítulo I artículo 17, considerándose como una investigación sin riesgo: ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivas en las que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, y no se identifican ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta. Cumple en lo referente a la confidencialidad y anonimato de los pacientes, utilizando la información solo para fines estadísticos y de investigación. Cumple con los criterios de Helsinki.

XII.- RESULTADOS Y DISCUSIONES

Edad

Estadísticos

		VAR00001	VAR00006	VAR00008
N	Válidos	61	61	61
	Perdidos	0	0	0
Media		73.3443		12.0656
Mediana		73.0000		11.0000
Moda		60.00 ^a		10.00
Desv. típ.		8.86169		6.61027
Varianza		78.530		43.696
Rango		36.00		26.00
Mínimo		60.00		.00
Máximo		96.00		26.00

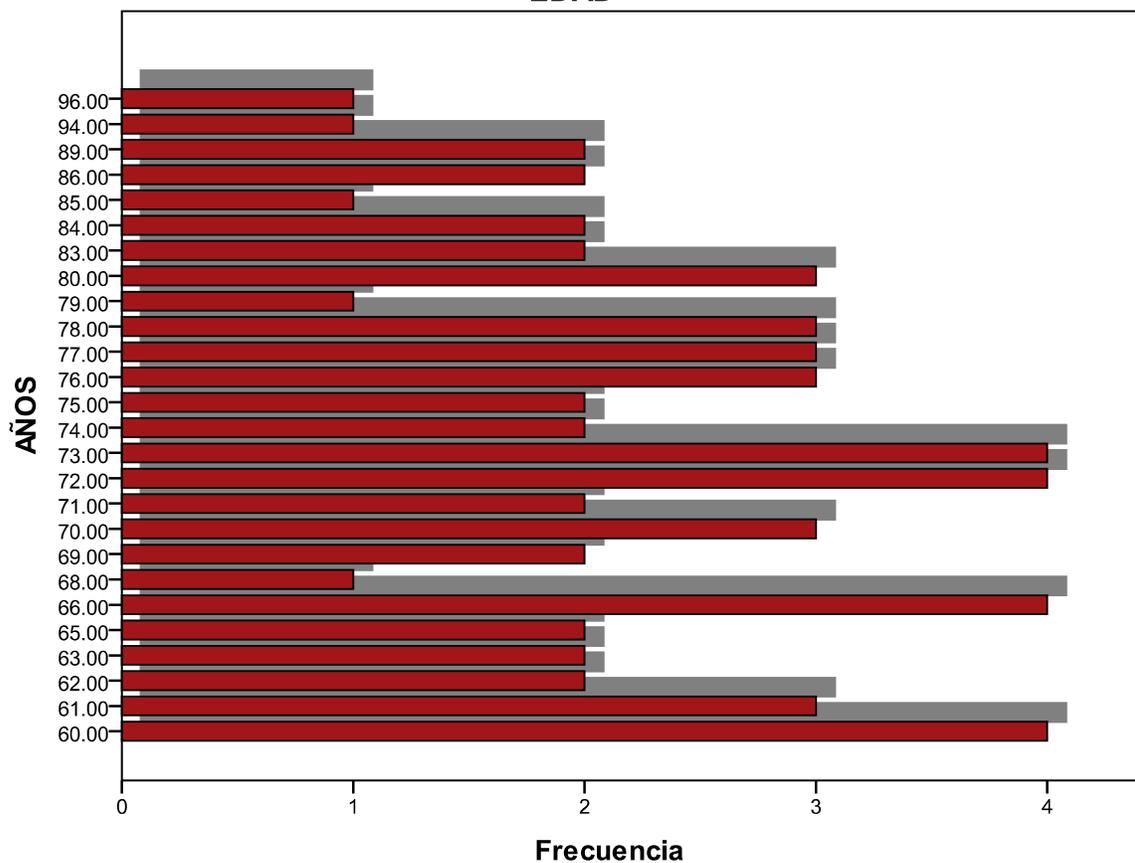
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60.00	4	6.6	6.6	6.6
	61.00	3	4.9	4.9	11.5
	62.00	2	3.3	3.3	14.8
	63.00	2	3.3	3.3	18.0
	65.00	2	3.3	3.3	21.3
	66.00	4	6.6	6.6	27.9
	68.00	1	1.6	1.6	29.5
	69.00	2	3.3	3.3	32.8
	70.00	3	4.9	4.9	37.7
	71.00	2	3.3	3.3	41.0
	72.00	4	6.6	6.6	47.5
	73.00	4	6.6	6.6	54.1

74.00	2	3.3	3.3	57.4
75.00	2	3.3	3.3	60.7
76.00	3	4.9	4.9	65.6
77.00	3	4.9	4.9	70.5
78.00	3	4.9	4.9	75.4
79.00	1	1.6	1.6	77.0
80.00	3	4.9	4.9	82.0
83.00	2	3.3	3.3	85.2
84.00	2	3.3	3.3	88.5
85.00	1	1.6	1.6	90.2
86.00	2	3.3	3.3	93.4
89.00	2	3.3	3.3	96.7
94.00	1	1.6	1.6	98.4
96.00	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

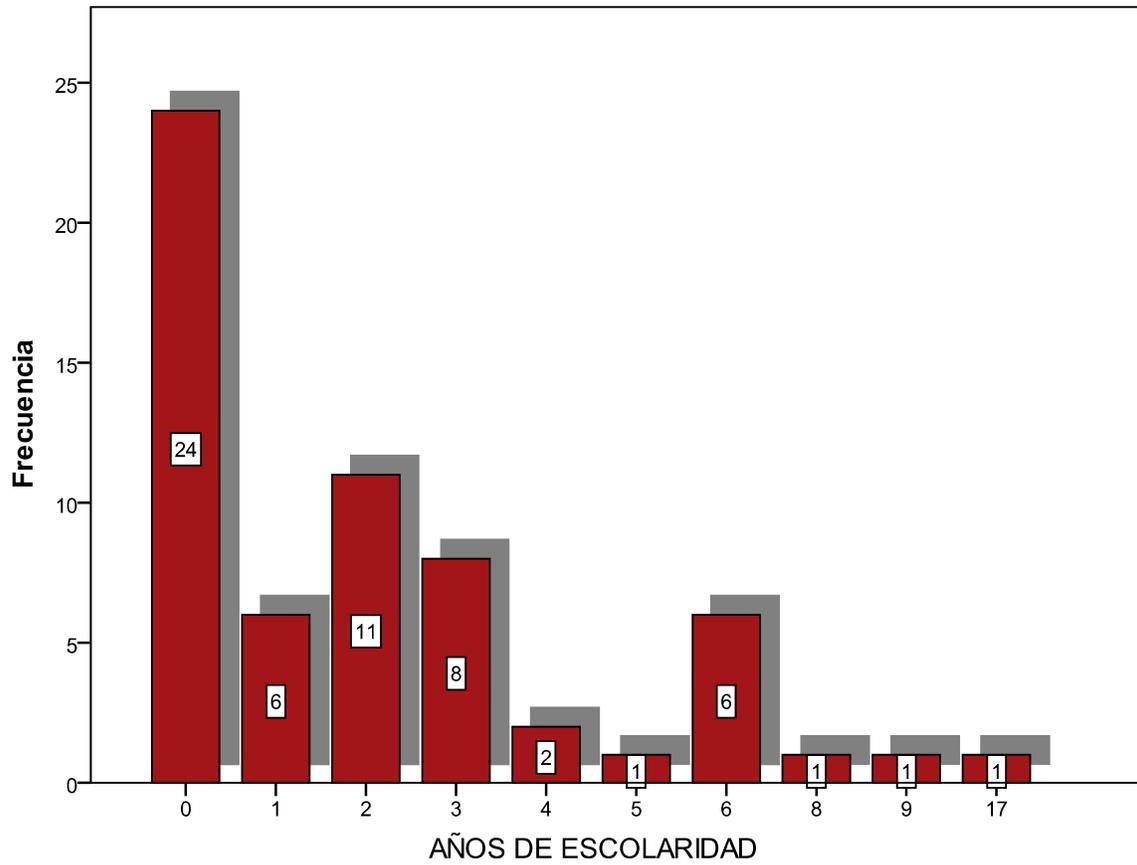
EDAD



AÑOS DE ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	24	39.3	39.3
	1	6	9.8	49.2
	17	1	1.6	50.8
	2	11	18.0	68.9
	3	8	13.1	82.0
	4	2	3.3	85.2
	5	1	1.6	86.9
	6	6	9.8	96.7
	8	1	1.6	98.4
	9	1	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

AÑOS DE ESCOLARIDAD

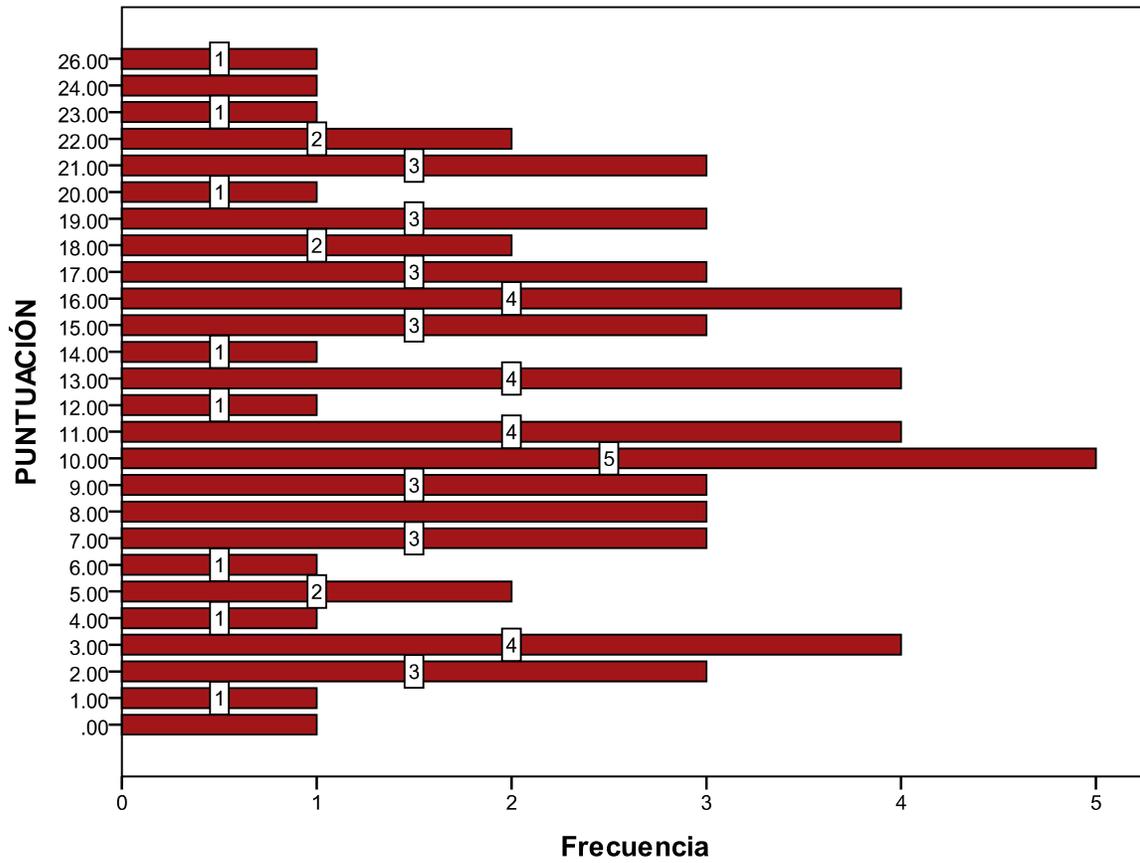


YESAVAGE

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	1	1.6	1.6	1.6
	1.00	1	1.6	1.6	3.3
	2.00	3	4.9	4.9	8.2
	3.00	4	6.6	6.6	14.8
	4.00	1	1.6	1.6	16.4
	5.00	2	3.3	3.3	19.7
	6.00	1	1.6	1.6	21.3
	7.00	3	4.9	4.9	26.2
	8.00	3	4.9	4.9	31.1
	9.00	3	4.9	4.9	36.1
	10.00	5	8.2	8.2	44.3

11.00	4	6.6	6.6	50.8
12.00	1	1.6	1.6	52.5
13.00	4	6.6	6.6	59.0
14.00	1	1.6	1.6	60.7
15.00	3	4.9	4.9	65.6
16.00	4	6.6	6.6	72.1
17.00	3	4.9	4.9	77.0
18.00	2	3.3	3.3	80.3
19.00	3	4.9	4.9	85.2
20.00	1	1.6	1.6	86.9
21.00	3	4.9	4.9	91.8
22.00	2	3.3	3.3	95.1
23.00	1	1.6	1.6	96.7
24.00	1	1.6	1.6	98.4
26.00	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

YESAVAGE

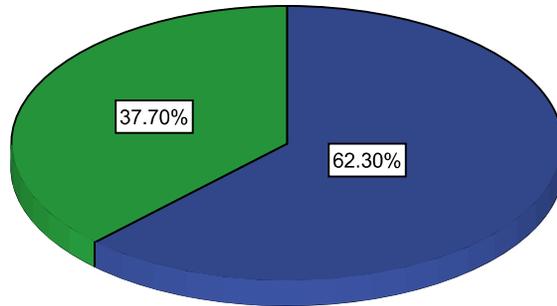


VAR00002

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	F	38	62.3	62.3	62.3
	M	23	37.7	37.7	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

GÉNERO

F
M



VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	27	44.3	44.3	44.3
	SI	34	55.7	55.7	100.0
Total		61	100.0	100.0	

SEGURO POPULAR

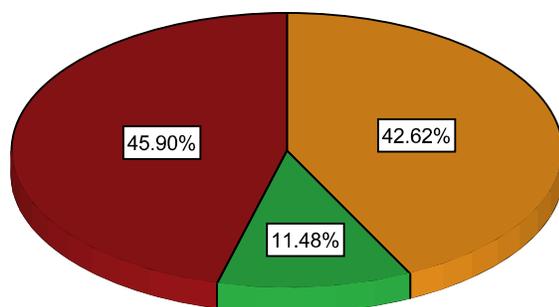
■ NO
■ SI



VAR00005

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	c	26	42.6	42.6	42.6
	s	7	11.5	11.5	54.1
	v	28	45.9	45.9	100.0
Total		61	100.0	100.0	

ESTADO CIVIL

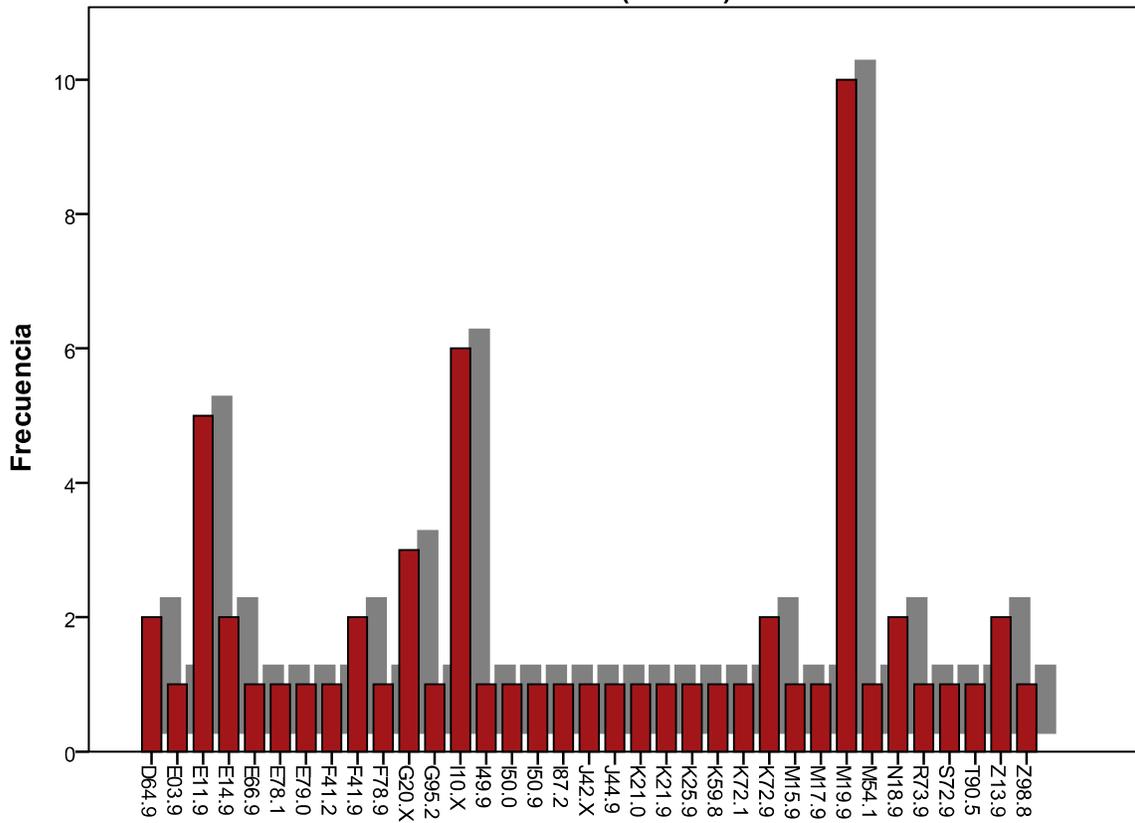


DIAGNÓSTICO CIE-10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	D64.9	2	3.3	3.3	3.3
	E03.9	1	1.6	1.6	4.9
	E11.9	5	8.2	8.2	13.1
	E14.9	2	3.3	3.3	16.4
	E66.9	1	1.6	1.6	18.0
	E78.1	1	1.6	1.6	19.7
	E79.0	1	1.6	1.6	21.3
	F41.2	1	1.6	1.6	23.0
	F41.9	2	3.3	3.3	26.2
	F78.9	1	1.6	1.6	27.9
	G20.X	3	4.9	4.9	32.8
	G95.2	1	1.6	1.6	34.4
	I10.X	6	9.8	9.8	44.3

I49.9	1	1.6	1.6	45.9
I50.0	1	1.6	1.6	47.5
I50.9	1	1.6	1.6	49.2
I87.2	1	1.6	1.6	50.8
J42.X	1	1.6	1.6	52.5
J44.9	1	1.6	1.6	54.1
K21.0	1	1.6	1.6	55.7
K21.9	1	1.6	1.6	57.4
K25.9	1	1.6	1.6	59.0
K59.8	1	1.6	1.6	60.7
K72.1	1	1.6	1.6	62.3
K72.9	2	3.3	3.3	65.6
M15.9	1	1.6	1.6	67.2
M17.9	1	1.6	1.6	68.9
M19.9	10	16.4	16.4	85.2
M54.1	1	1.6	1.6	86.9
N18.9	2	3.3	3.3	90.2
R73.9	1	1.6	1.6	91.8
S72.9	1	1.6	1.6	93.4
T90.5	1	1.6	1.6	95.1
Z13.9	2	3.3	3.3	98.4
Z98.8	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

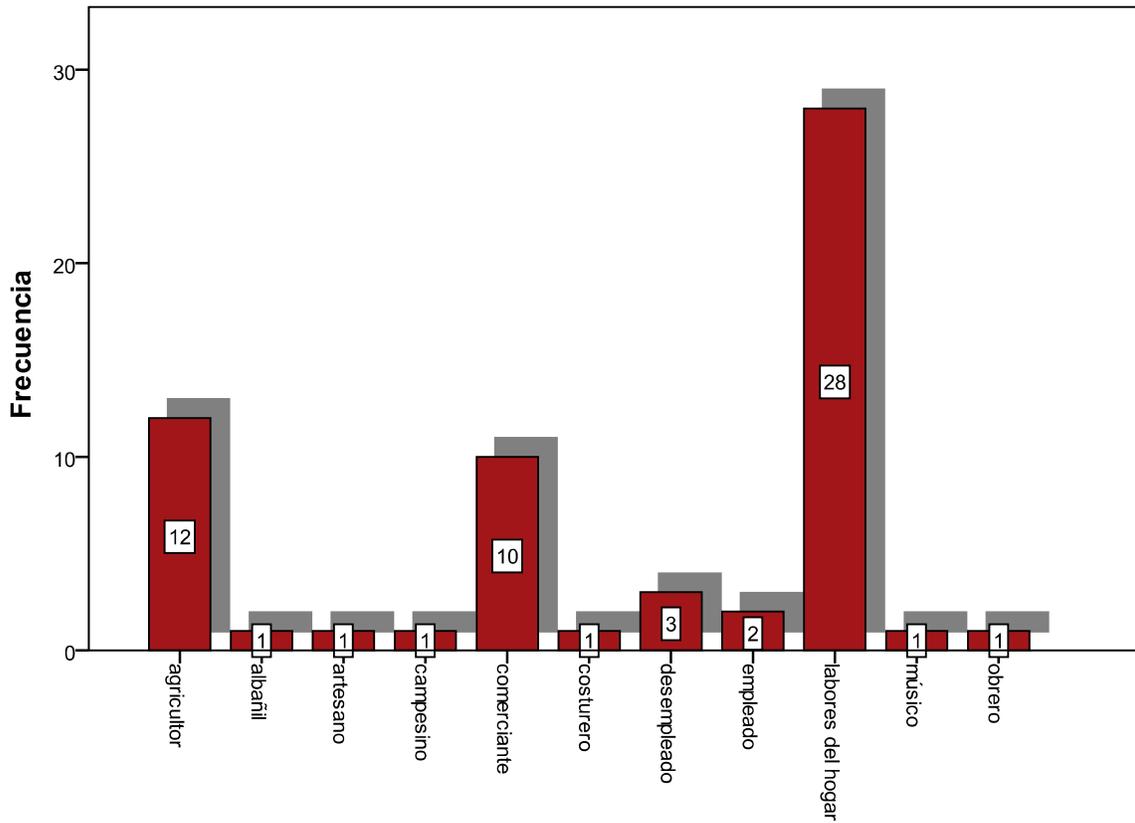
DIAGNÓSTICO (CIE-10)



OCUPACIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	agricultor	12	19.7	19.7	19.7
	albañil	1	1.6	1.6	21.3
	artesano	1	1.6	1.6	23.0
	campesino	1	1.6	1.6	24.6
	comerciante	10	16.4	16.4	41.0
	costurero	1	1.6	1.6	42.6
	desempleado	3	4.9	4.9	47.5
	empleado	2	3.3	3.3	50.8
	labores del hogar	28	45.9	45.9	96.7
	músico	1	1.6	1.6	98.4
	obrero	1	1.6	1.6	100.0
	Total	61	100.0	100.0	

OCUPACIÓN



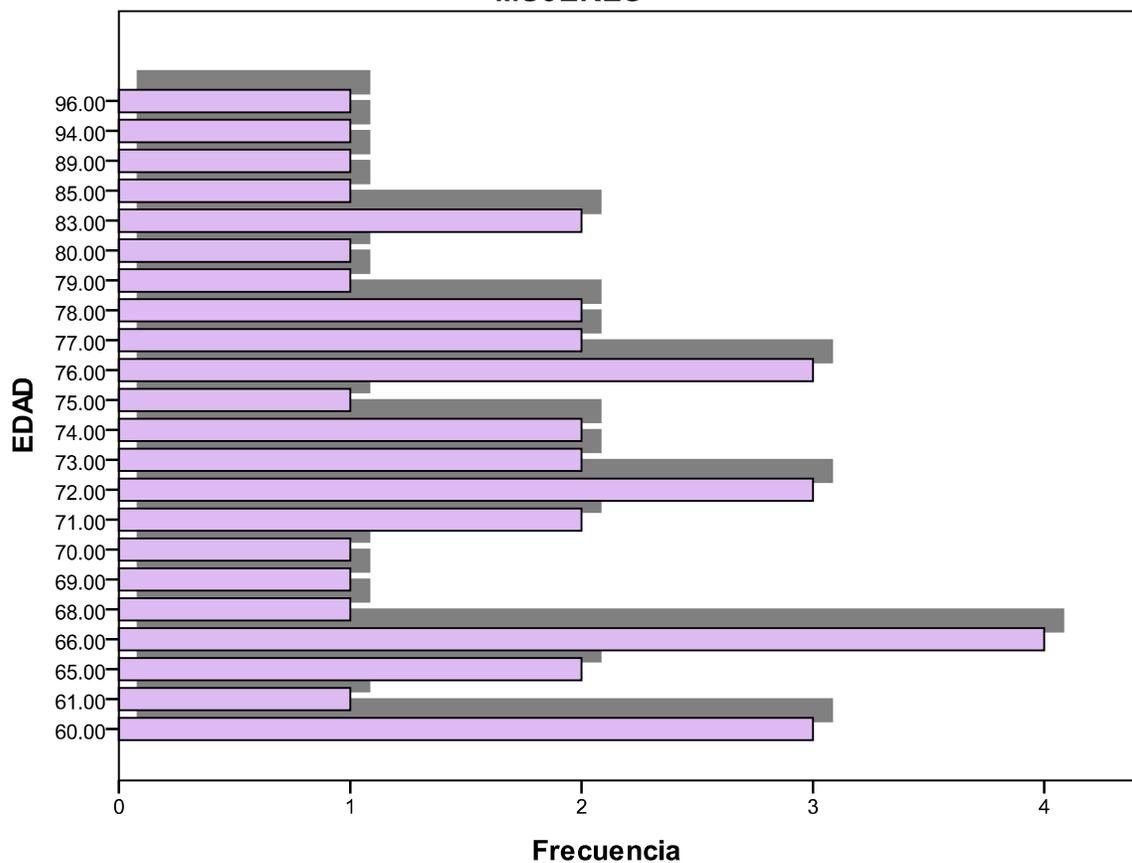
MUJERES

VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60.00	3	7.9	7.9	7.9
	61.00	1	2.6	2.6	10.5
	65.00	2	5.3	5.3	15.8
	66.00	4	10.5	10.5	26.3
	68.00	1	2.6	2.6	28.9
	69.00	1	2.6	2.6	31.6
	70.00	1	2.6	2.6	34.2

71.00	2	5.3	5.3	39.5
72.00	3	7.9	7.9	47.4
73.00	2	5.3	5.3	52.6
74.00	2	5.3	5.3	57.9
75.00	1	2.6	2.6	60.5
76.00	3	7.9	7.9	68.4
77.00	2	5.3	5.3	73.7
78.00	2	5.3	5.3	78.9
79.00	1	2.6	2.6	81.6
80.00	1	2.6	2.6	84.2
83.00	2	5.3	5.3	89.5
85.00	1	2.6	2.6	92.1
89.00	1	2.6	2.6	94.7
94.00	1	2.6	2.6	97.4
96.00	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

MUJERES

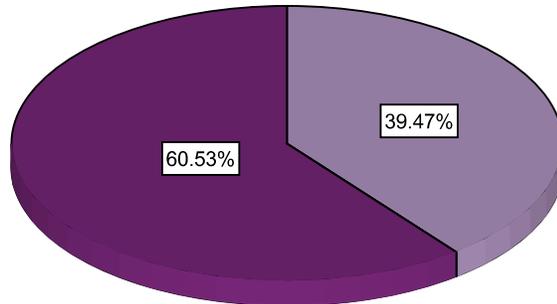


VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	15	39.5	39.5	39.5
	SI	23	60.5	60.5	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

SEGURO POPULAR MUJERES

NO
 SI

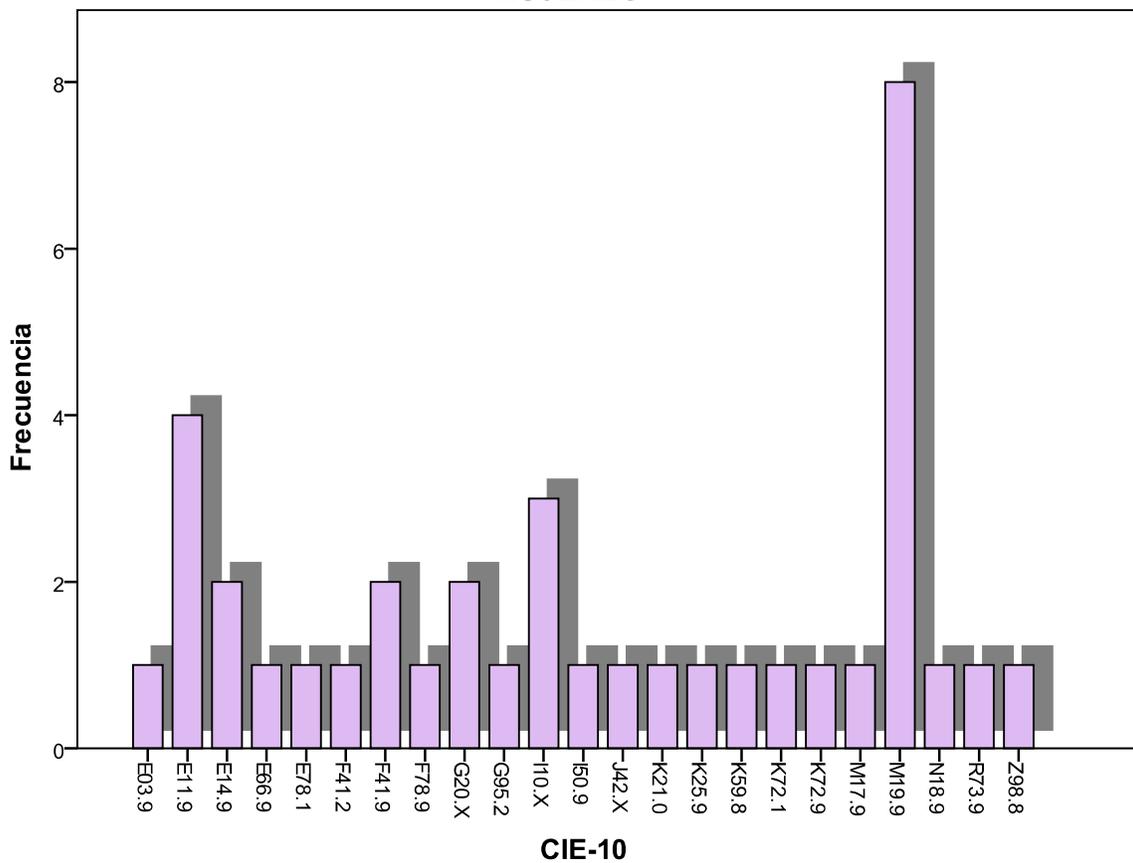


VAR00004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	E03.9	1	2.6	2.6	2.6
	E11.9	4	10.5	10.5	13.2
	E14.9	2	5.3	5.3	18.4
	E66.9	1	2.6	2.6	21.1
	E78.1	1	2.6	2.6	23.7
	F41.2	1	2.6	2.6	26.3
	F41.9	2	5.3	5.3	31.6
	F78.9	1	2.6	2.6	34.2
	G20.X	2	5.3	5.3	39.5
	G95.2	1	2.6	2.6	42.1
	I10.X	3	7.9	7.9	50.0
	I50.9	1	2.6	2.6	52.6

J42.X	1	2.6	2.6	55.3
K21.0	1	2.6	2.6	57.9
K25.9	1	2.6	2.6	60.5
K59.8	1	2.6	2.6	63.2
K72.1	1	2.6	2.6	65.8
K72.9	1	2.6	2.6	68.4
M17.9	1	2.6	2.6	71.1
M19.9	8	21.1	21.1	92.1
N18.9	1	2.6	2.6	94.7
R73.9	1	2.6	2.6	97.4
Z98.8	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

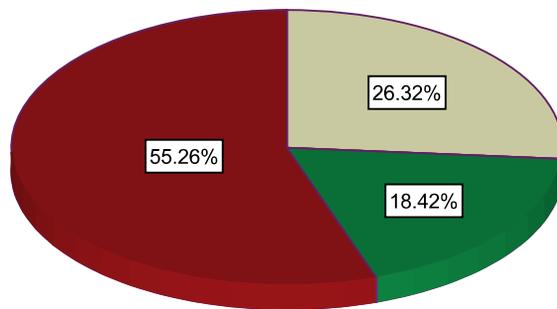
MUJERES



VAR00005

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	c	10	26.3	26.3	26.3
	s	7	18.4	18.4	44.7
	v	21	55.3	55.3	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

MUJERES



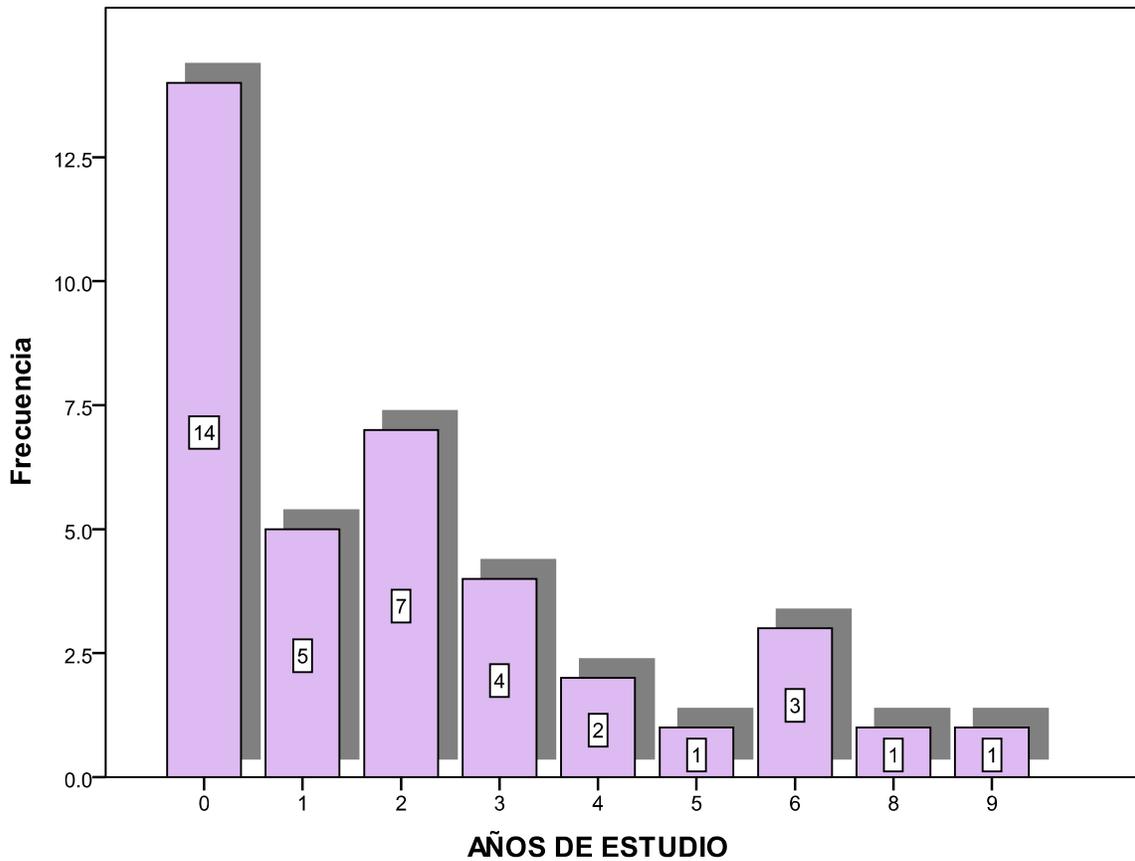
ESTADO CIVIL

VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	14	36.8	36.8	36.8
	1	5	13.2	13.2	50.0
	2	7	18.4	18.4	68.4
	3	4	10.5	10.5	78.9

4	2	5.3	5.3	84.2
5	1	2.6	2.6	86.8
6	3	7.9	7.9	94.7
8	1	2.6	2.6	97.4
9	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

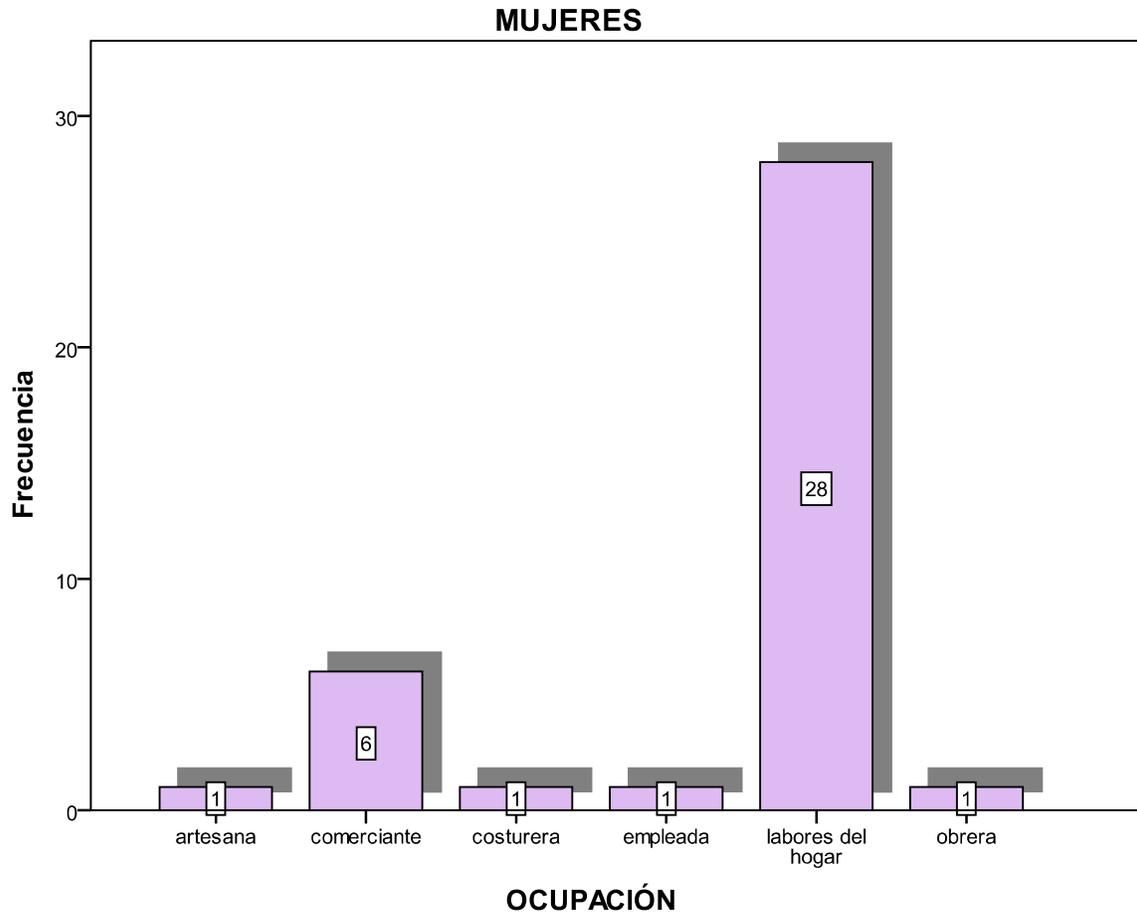
MUJERES ESCOLARIDAD



VAR0007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos artesana	1	2.6	2.6	2.6
comerciante	6	15.8	15.8	18.4
costurera	1	2.6	2.6	21.1
empleada	1	2.6	2.6	23.7
labores del hogar	28	73.7	73.7	97.4

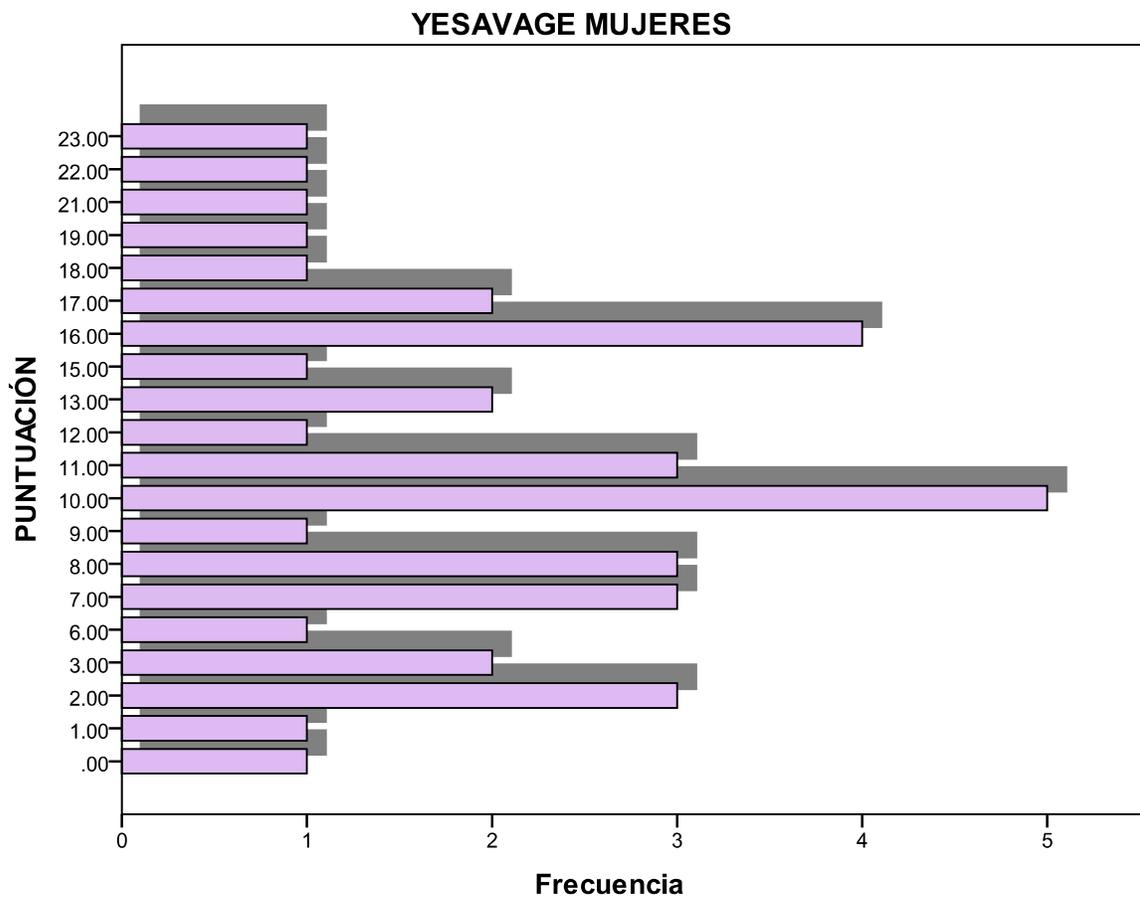
obrero	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	



VAR00008

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	.00	1	2.6	2.6	2.6
	1.00	1	2.6	2.6	5.3
	2.00	3	7.9	7.9	13.2
	3.00	2	5.3	5.3	18.4
	6.00	1	2.6	2.6	21.1
	7.00	3	7.9	7.9	28.9
	8.00	3	7.9	7.9	36.8
	9.00	1	2.6	2.6	39.5

10.00	5	13.2	13.2	52.6
11.00	3	7.9	7.9	60.5
12.00	1	2.6	2.6	63.2
13.00	2	5.3	5.3	68.4
15.00	1	2.6	2.6	71.1
16.00	4	10.5	10.5	81.6
17.00	2	5.3	5.3	86.8
18.00	1	2.6	2.6	89.5
19.00	1	2.6	2.6	92.1
21.00	1	2.6	2.6	94.7
22.00	1	2.6	2.6	97.4
23.00	1	2.6	2.6	100.0
Total	38	100.0	100.0	

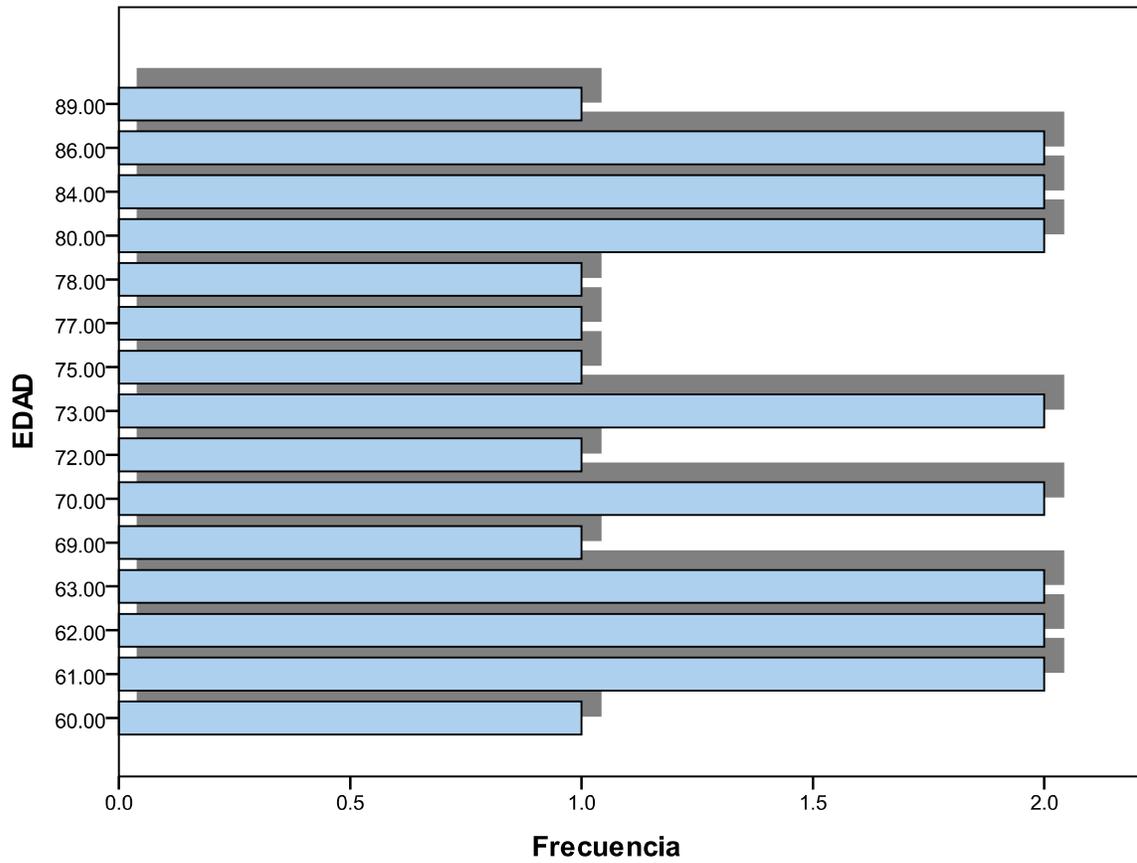


HOMBRES

VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60.00	1	4.3	4.3	4.3
	61.00	2	8.7	8.7	13.0
	62.00	2	8.7	8.7	21.7
	63.00	2	8.7	8.7	30.4
	69.00	1	4.3	4.3	34.8
	70.00	2	8.7	8.7	43.5
	72.00	1	4.3	4.3	47.8
	73.00	2	8.7	8.7	56.5
	75.00	1	4.3	4.3	60.9
	77.00	1	4.3	4.3	65.2
	78.00	1	4.3	4.3	69.6
	80.00	2	8.7	8.7	78.3
	84.00	2	8.7	8.7	87.0
	86.00	2	8.7	8.7	95.7
	89.00	1	4.3	4.3	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

HOMBRES

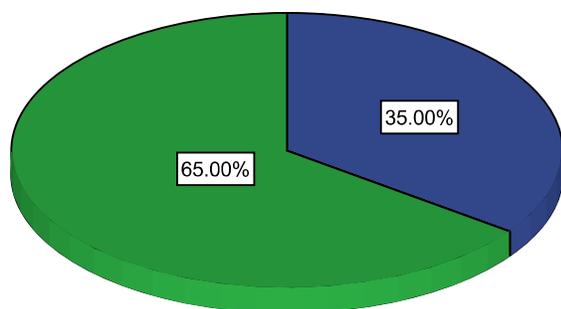


VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	12	52.2	52.2	52.2
	SI	11	47.8	47.8	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

SEGURO POPULAR MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR

■ NO
■ SI



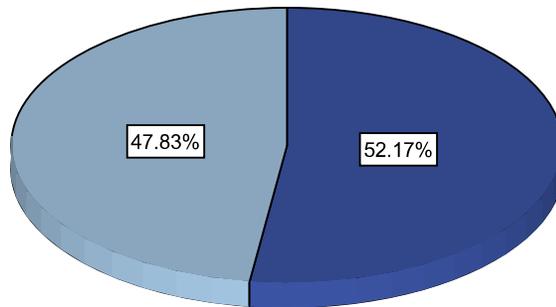
VAR00004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	E03.9	1	5.0	5.0	5.0
	E11.9	3	15.0	15.0	20.0
	E14.9	1	5.0	5.0	25.0
	E78.1	1	5.0	5.0	30.0
	F41.9	2	10.0	10.0	40.0
	G20.X	1	5.0	5.0	45.0
	I10.X	3	15.0	15.0	60.0
	K21.0	1	5.0	5.0	65.0
	K25.9	1	5.0	5.0	70.0
	K72.1	1	5.0	5.0	75.0
	M17.9	1	5.0	5.0	80.0
	M19.9	3	15.0	15.0	95.0

R73.9	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

SEGURO POPULAR HOMBRES

■ NO
■ SI

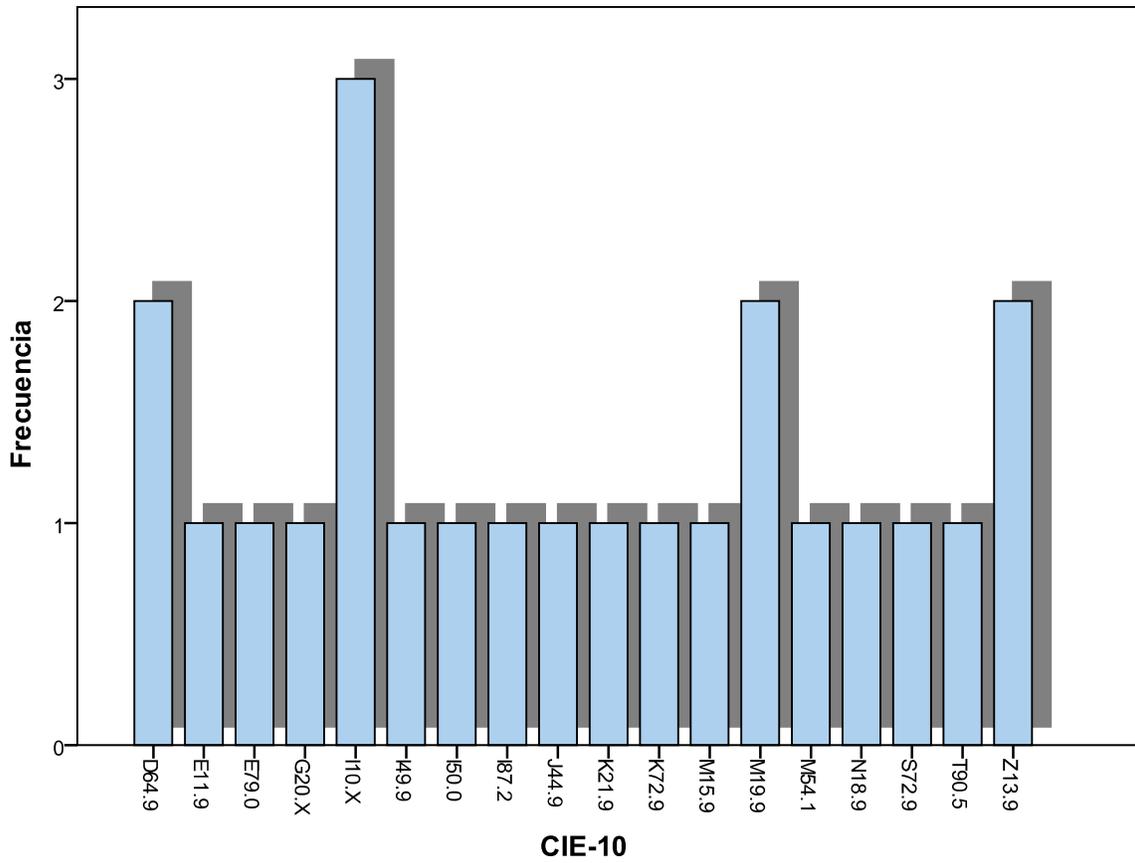


VAR00004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	D64.9	2	8.7	8.7	8.7
	E11.9	1	4.3	4.3	13.0
	E79.0	1	4.3	4.3	17.4
	G20.X	1	4.3	4.3	21.7
	I10.X	3	13.0	13.0	34.8
	I49.9	1	4.3	4.3	39.1
	I50.0	1	4.3	4.3	43.5
	I87.2	1	4.3	4.3	47.8

J44.9	1	4.3	4.3	52.2
K21.9	1	4.3	4.3	56.5
K72.9	1	4.3	4.3	60.9
M15.9	1	4.3	4.3	65.2
M19.9	2	8.7	8.7	73.9
M54.1	1	4.3	4.3	78.3
N18.9	1	4.3	4.3	82.6
S72.9	1	4.3	4.3	87.0
T90.5	1	4.3	4.3	91.3
Z13.9	2	8.7	8.7	100.0
Total	23	100.0	100.0	

HOMBRES

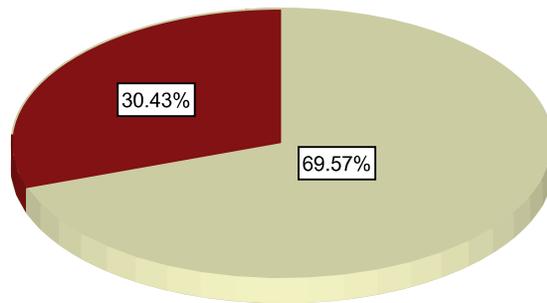


VAR00005

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	c	16	69.6	69.6	69.6
	v	7	30.4	30.4	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

HOMBRES

c
v



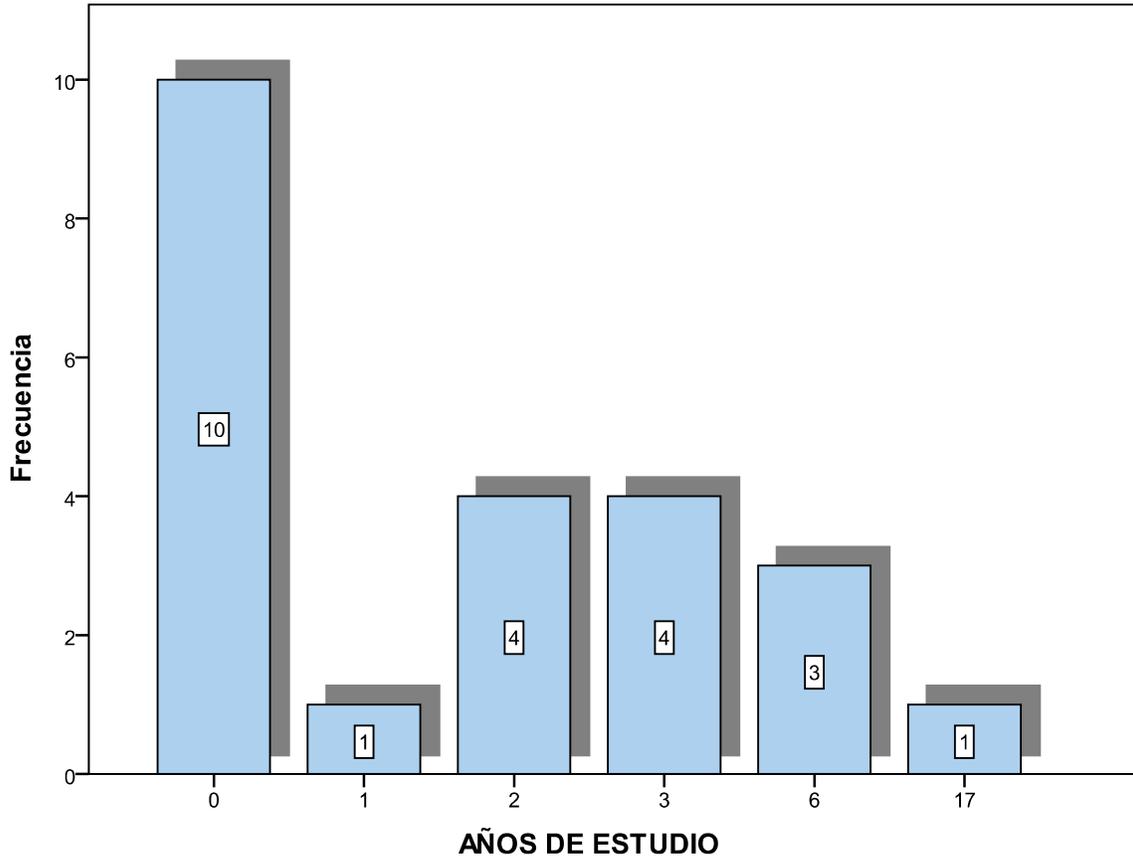
ESTADO CIVIL

VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	10	43.5	43.5	43.5
	1	1	4.3	4.3	47.8
	17	1	4.3	4.3	52.2
	2	4	17.4	17.4	69.6

3	4	17.4	17.4	87.0
6	3	13.0	13.0	100.0
Total	23	100.0	100.0	

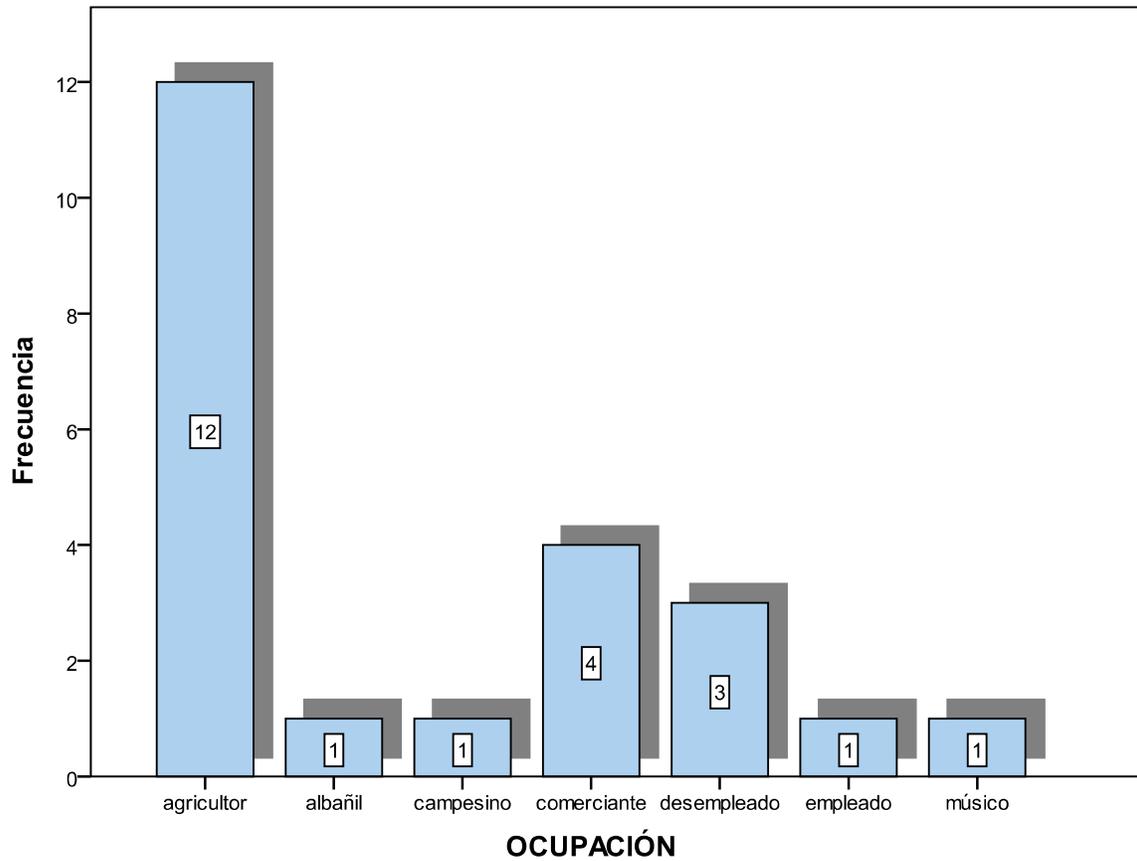
HOMBRES ESCOLARIDAD



VAR00007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos agricultor	12	52.2	52.2	52.2
albañil	1	4.3	4.3	56.5
campesino	1	4.3	4.3	60.9
comerciante	4	17.4	17.4	78.3
desempleado	3	13.0	13.0	91.3
empleado	1	4.3	4.3	95.7
músico	1	4.3	4.3	100.0
Total	23	100.0	100.0	

HOMBRES

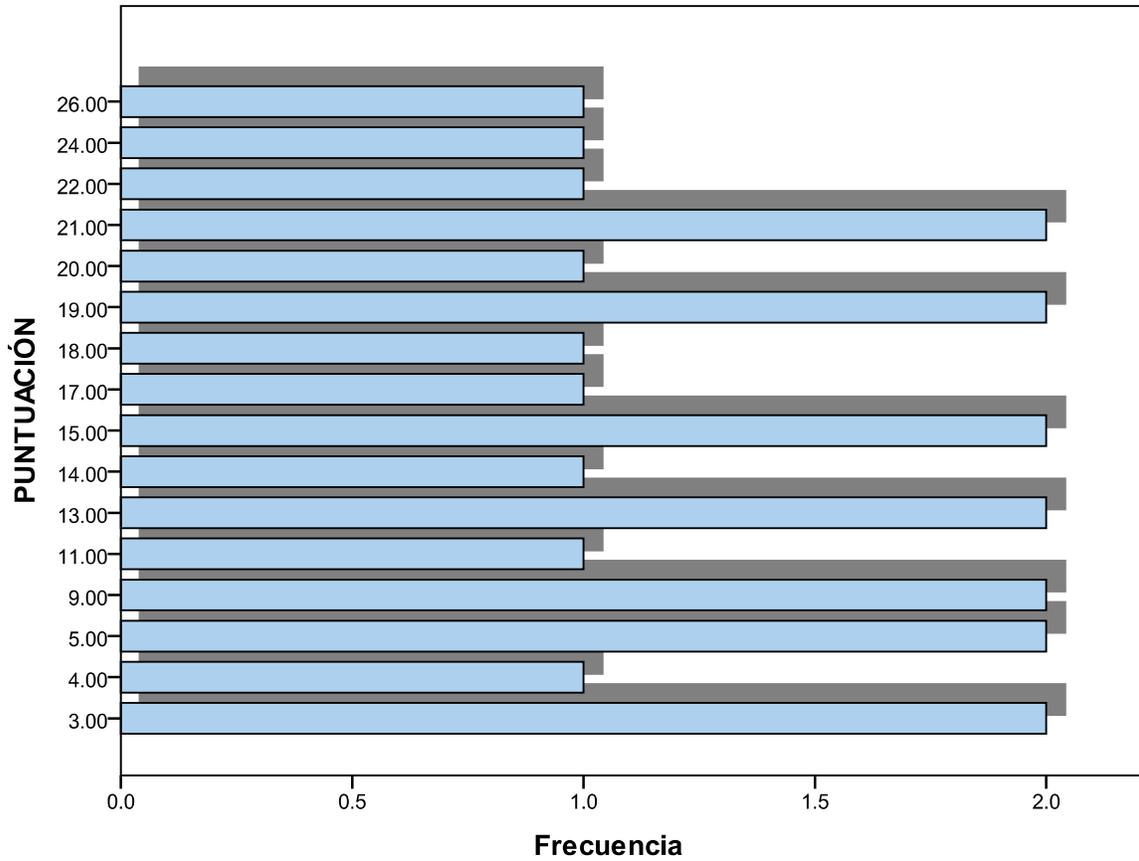


VAR00008

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3.00	2	8.7	8.7	8.7
	4.00	1	4.3	4.3	13.0
	5.00	2	8.7	8.7	21.7
	9.00	2	8.7	8.7	30.4
	11.00	1	4.3	4.3	34.8
	13.00	2	8.7	8.7	43.5
	14.00	1	4.3	4.3	47.8
	15.00	2	8.7	8.7	56.5
	17.00	1	4.3	4.3	60.9
	18.00	1	4.3	4.3	65.2
	19.00	2	8.7	8.7	73.9
	20.00	1	4.3	4.3	78.3

21.00	2	8.7	8.7	87.0
22.00	1	4.3	4.3	91.3
24.00	1	4.3	4.3	95.7
26.00	1	4.3	4.3	100.0
Total	23	100.0	100.0	

YESAVAGE HOMBRES



MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR

Estadísticos

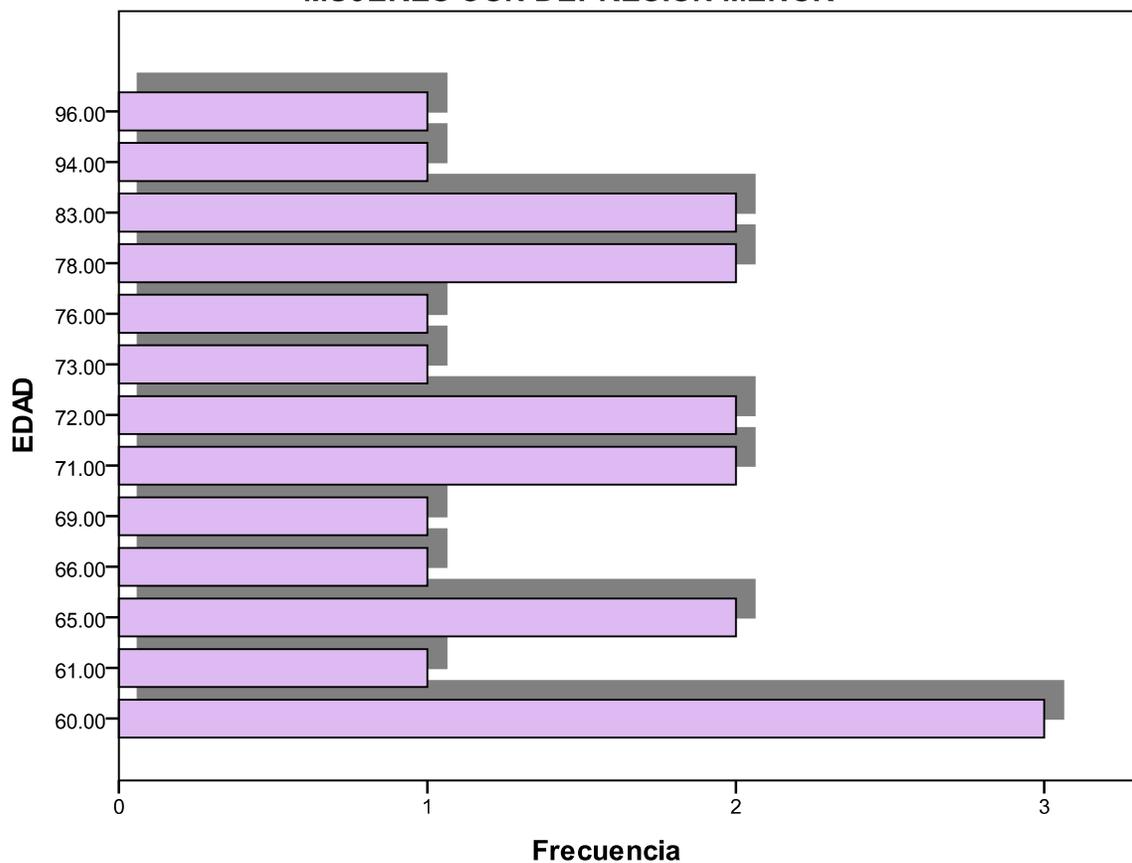
VAR00001

N	Válidos	20
	Perdidos	0
Media		72.6500
Mediana		71.5000
Moda		60.00
Rango		36.00

VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60.00	3	15.0	15.0	15.0
	61.00	1	5.0	5.0	20.0
	65.00	2	10.0	10.0	30.0
	66.00	1	5.0	5.0	35.0
	69.00	1	5.0	5.0	40.0
	71.00	2	10.0	10.0	50.0
	72.00	2	10.0	10.0	60.0
	73.00	1	5.0	5.0	65.0
	76.00	1	5.0	5.0	70.0
	78.00	2	10.0	10.0	80.0
	83.00	2	10.0	10.0	90.0
	94.00	1	5.0	5.0	95.0
	96.00	1	5.0	5.0	100.0
Total		20	100.0	100.0	

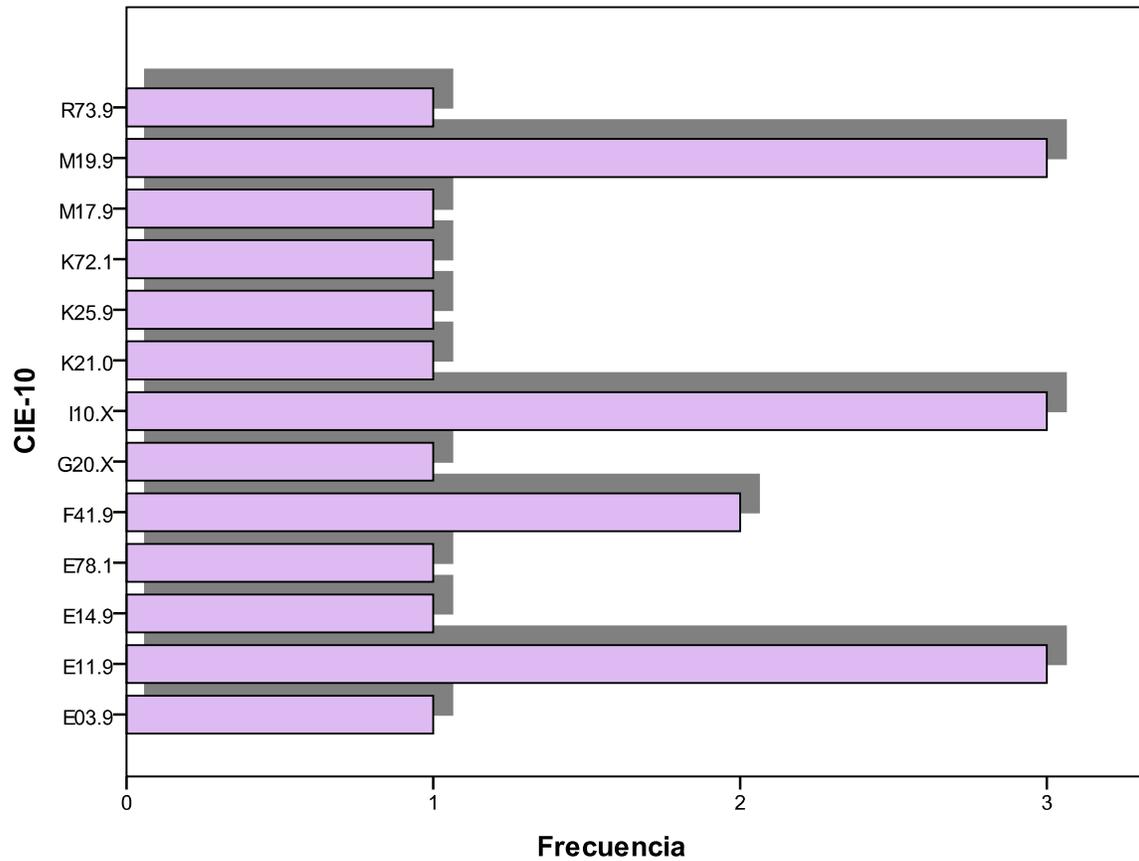
MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR



VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	7	35.0	35.0	35.0
	SI	13	65.0	65.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR

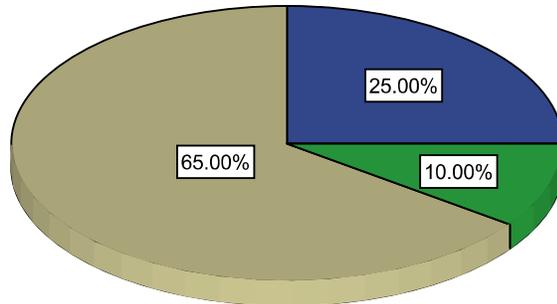


VAR00005

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
c	5	25.0	25.0	25.0
s	2	10.0	10.0	35.0
v	13	65.0	65.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

ESTADO CIVIL MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR

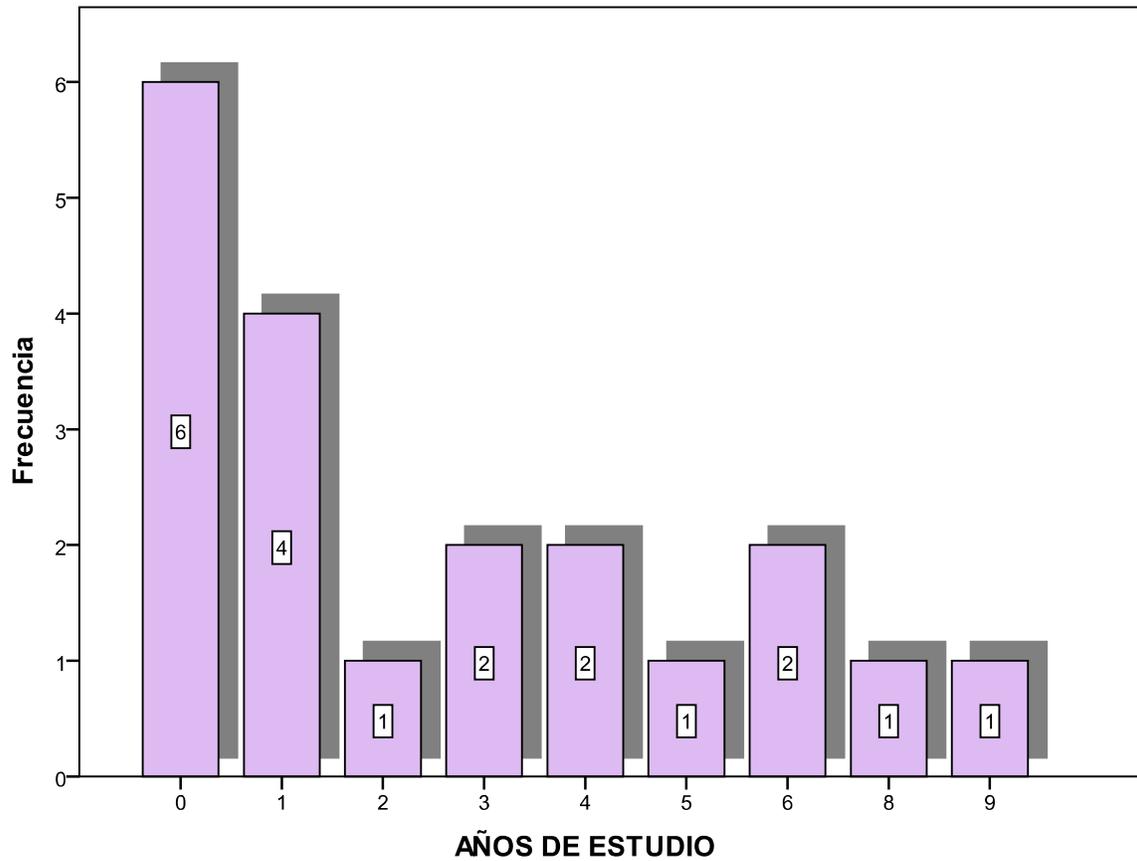
■ c
■ s
■ v



VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	30.0	30.0	30.0
	1	4	20.0	20.0	50.0
	2	1	5.0	5.0	55.0
	3	2	10.0	10.0	65.0
	4	2	10.0	10.0	75.0
	5	1	5.0	5.0	80.0
	6	2	10.0	10.0	90.0
	8	1	5.0	5.0	95.0
	9	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

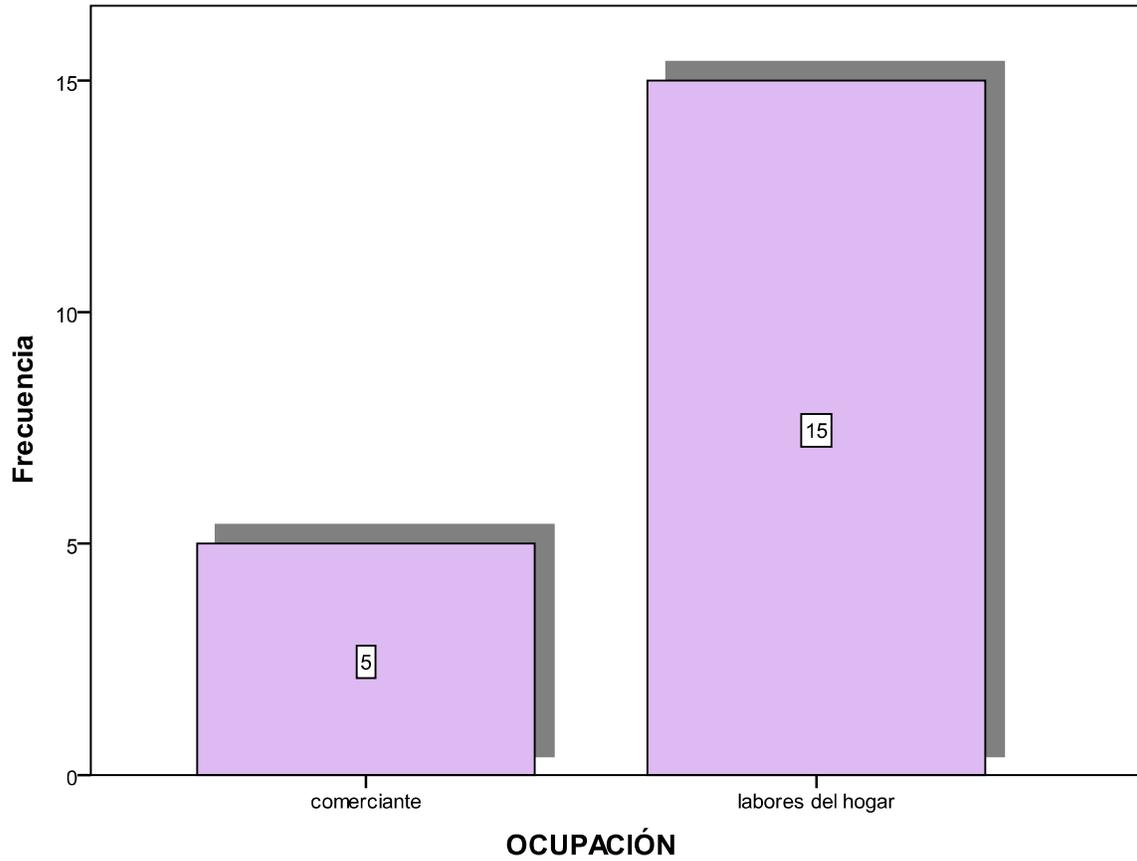
ESCOLARIDAD DE MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR



VAR0007

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	comerciante	5	25.0	25.0	25.0
	labores del hogar	15	75.0	75.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR



Estadísticos

VAR00008

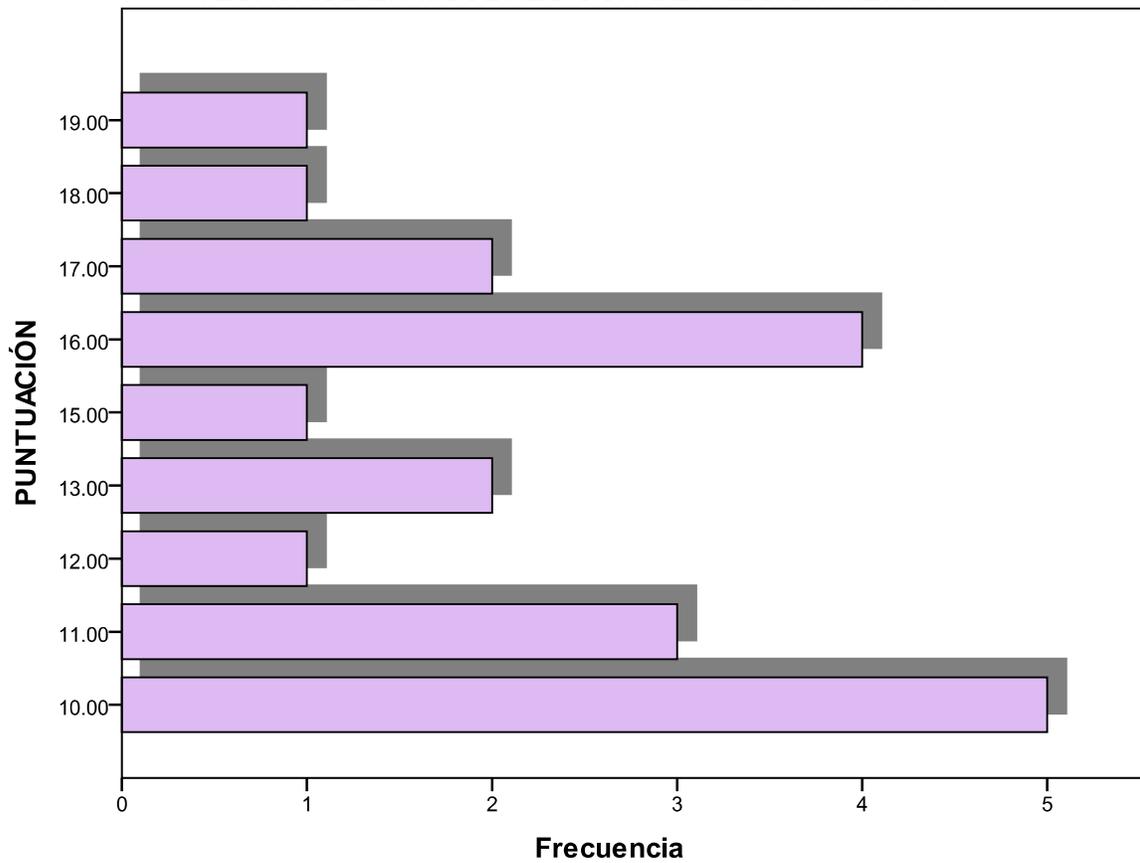
N	Válidos	20
	Perdidos	0
Media		13.5500
Mediana		13.0000
Moda		10.00
Rango		9.00

VAR00008

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 10.00	5	25.0	25.0	25.0

11.00	3	15.0	15.0	40.0
12.00	1	5.0	5.0	45.0
13.00	2	10.0	10.0	55.0
15.00	1	5.0	5.0	60.0
16.00	4	20.0	20.0	80.0
17.00	2	10.0	10.0	90.0
18.00	1	5.0	5.0	95.0
19.00	1	5.0	5.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

YESAVAGE EN MUJERES CON DEPRESIÓN MENOR

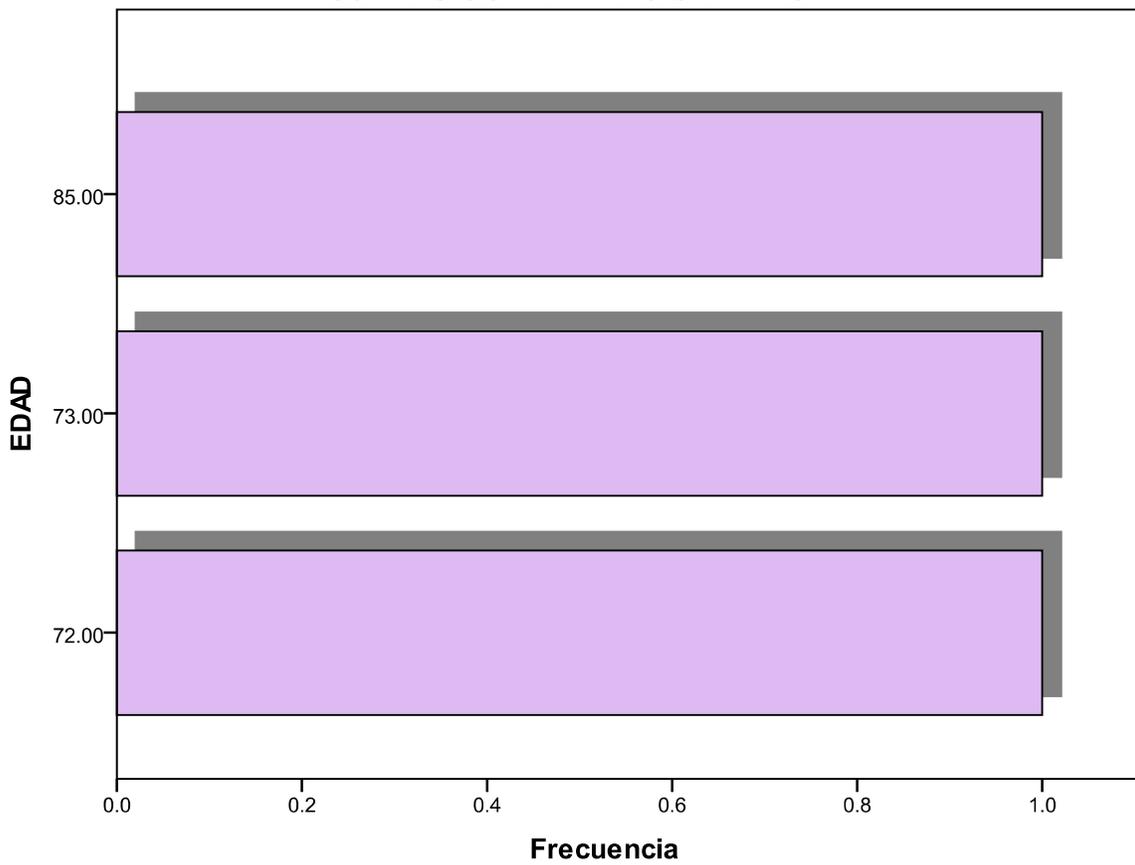


MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	72.00	1	33.3	33.3	33.3
	73.00	1	33.3	33.3	66.7
	85.00	1	33.3	33.3	100.0
	Total	3	100.0	100.0	

MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

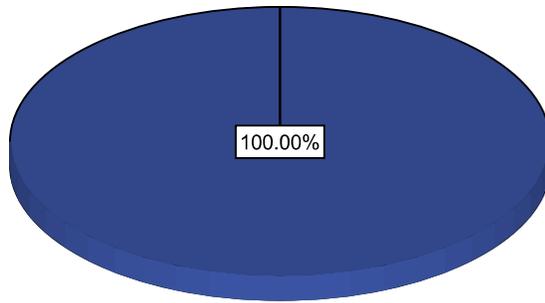


VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	3	100.0	100.0	100.0

MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

■ NO

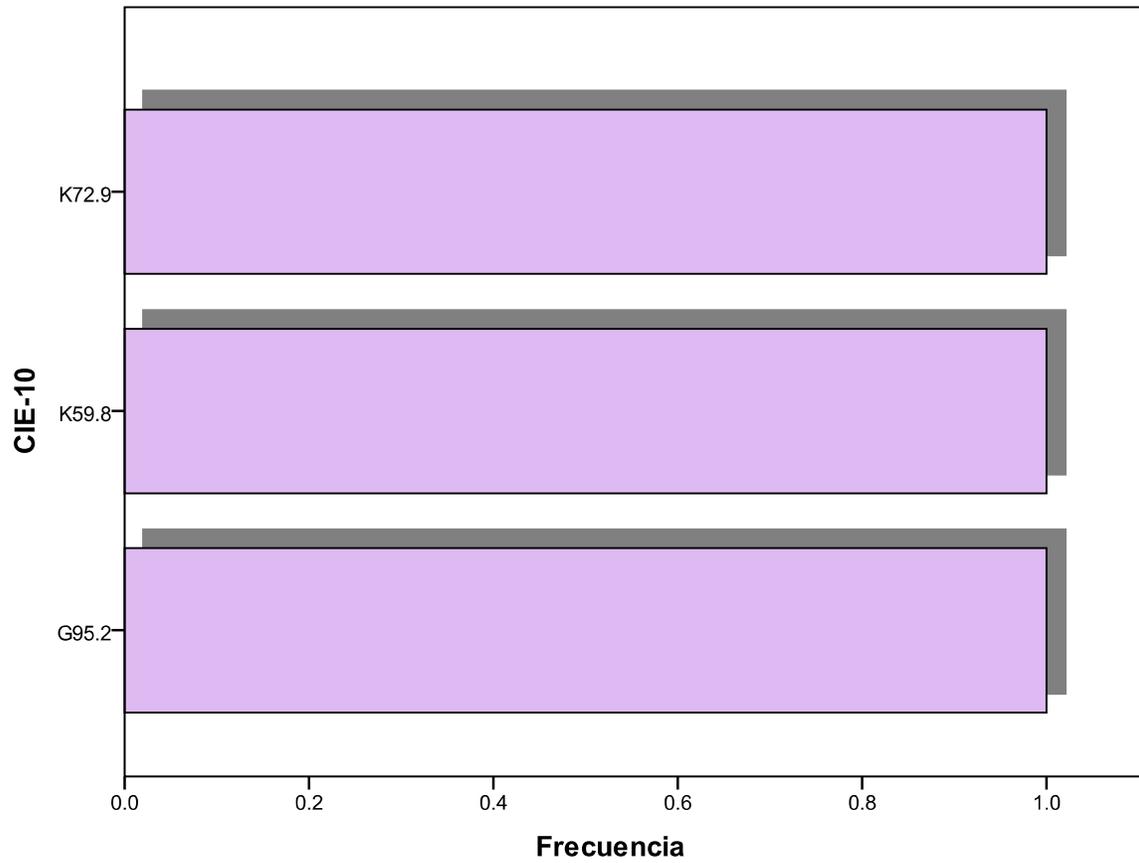


SEGURO POPULAR

VAR00004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	G95.2	1	33.3	33.3	33.3
	K59.8	1	33.3	33.3	66.7
	K72.9	1	33.3	33.3	100.0
	Total	3	100.0	100.0	

MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

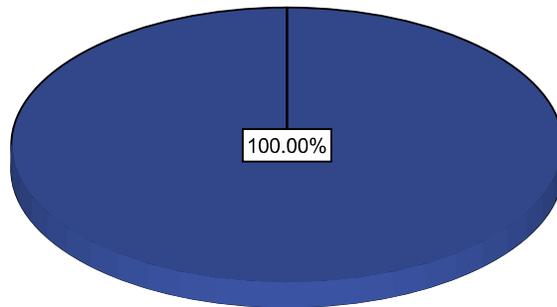


VAR00005

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos v	3	100.0	100.0	100.0

ESTADO CIVIL EN MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

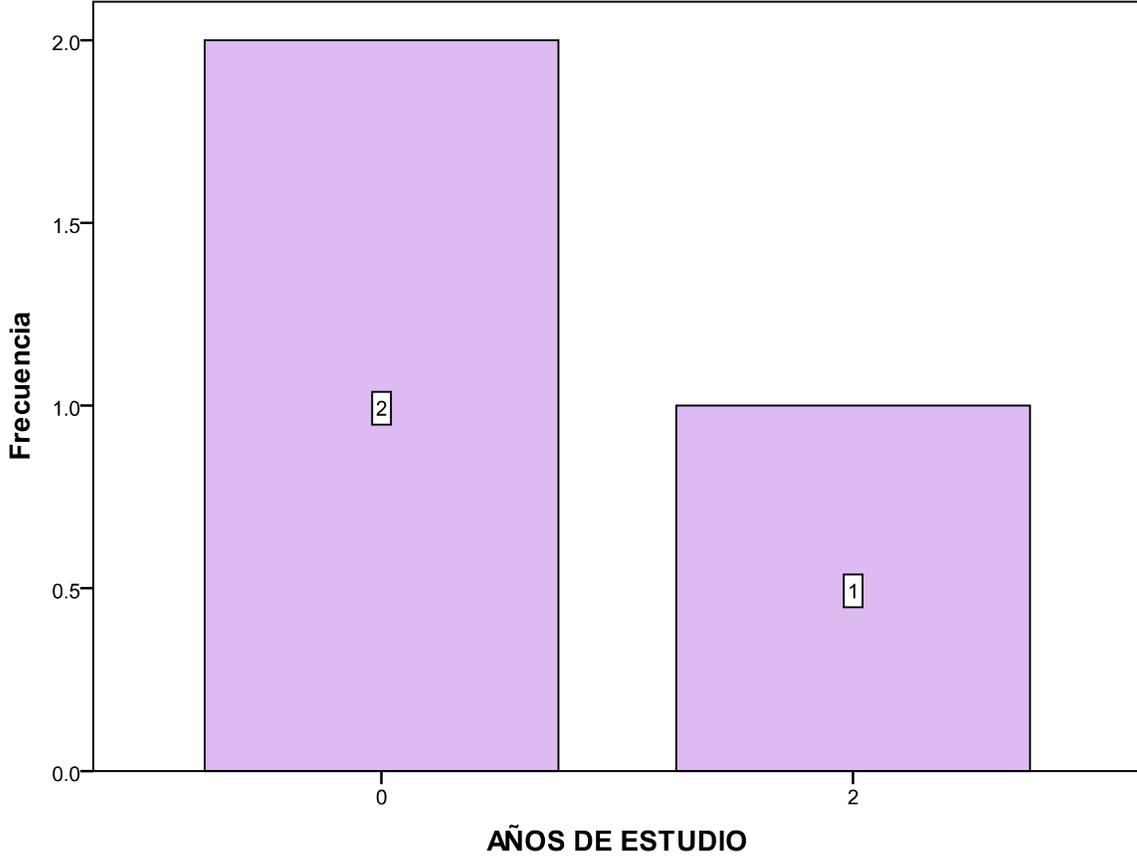
■ v



VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	66.7	66.7	66.7
	2	1	33.3	33.3	100.0
Total		3	100.0	100.0	

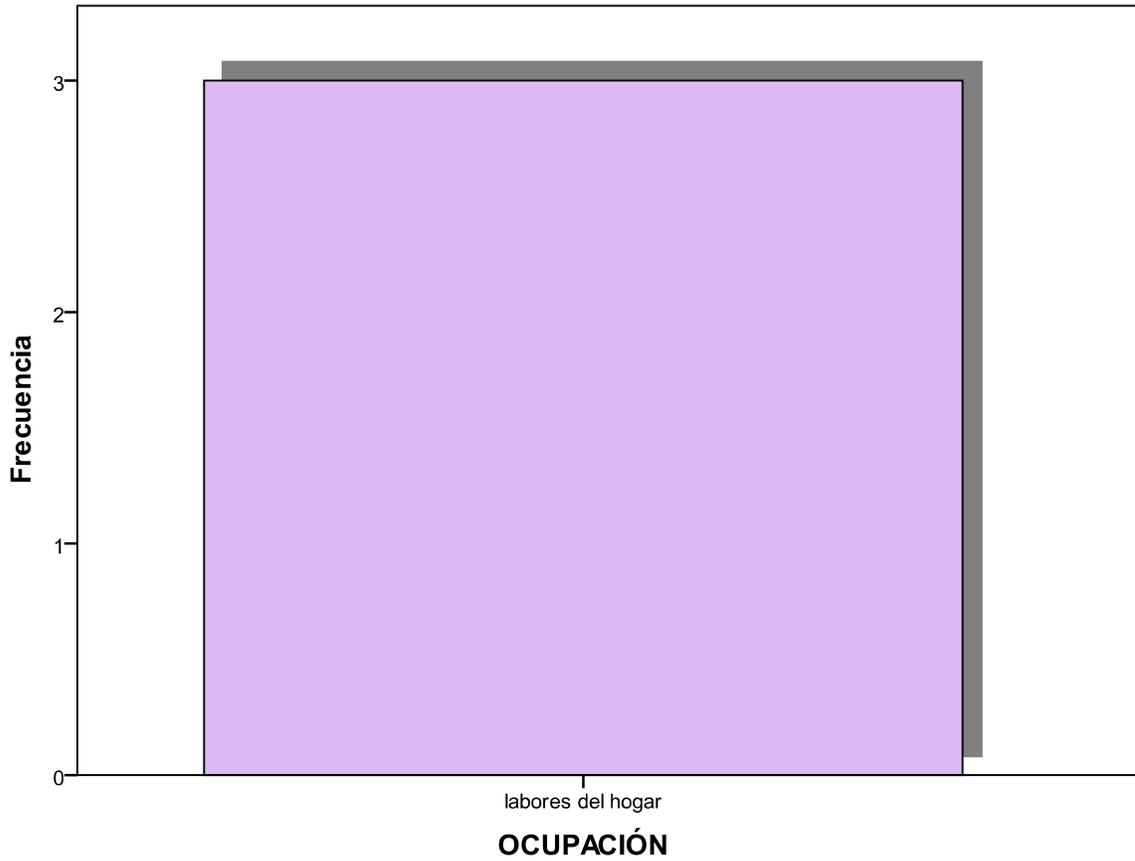
ESCOLARIDAD DE MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR



VAR0007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos labores del hogar	3	100.0	100.0	100.0

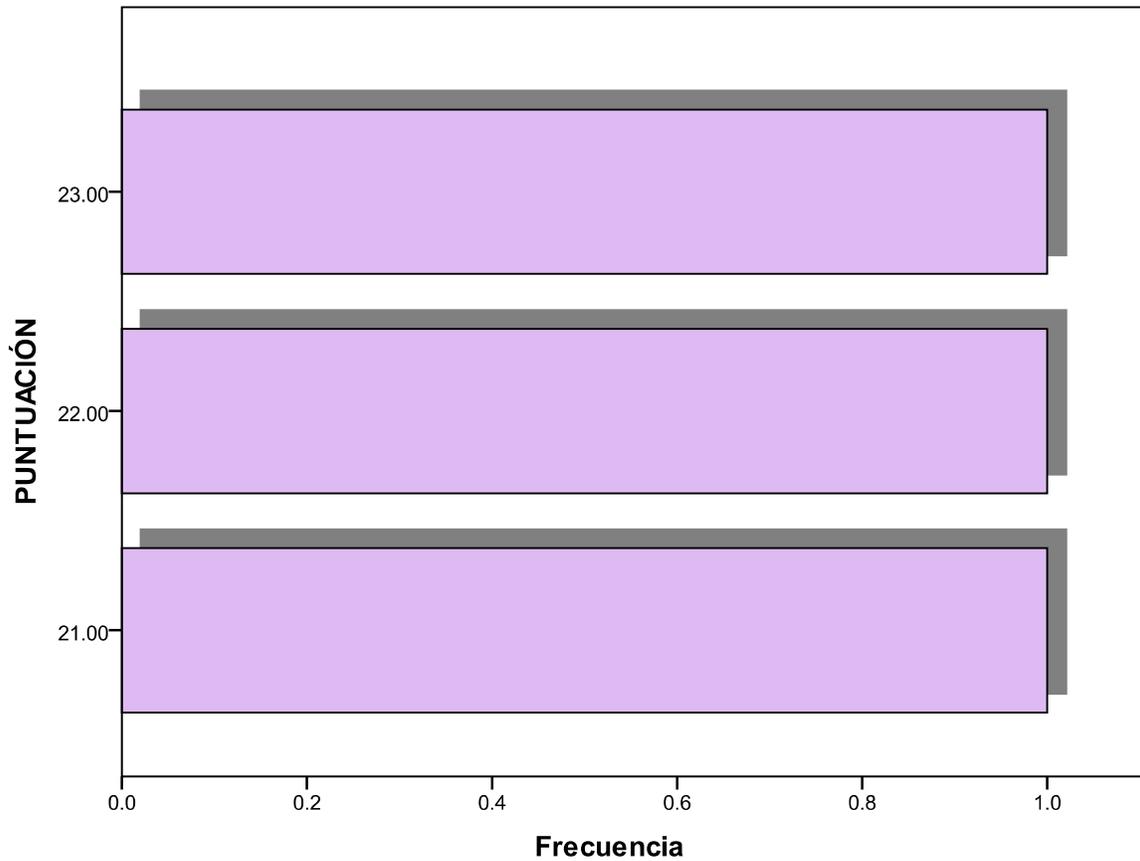
MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR



VAR00008

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21.00	1	33.3	33.3	33.3
	22.00	1	33.3	33.3	66.7
	23.00	1	33.3	33.3	100.0
	Total	3	100.0	100.0	

YESAVAGE EN MUJERES CON DEPRESIÓN MAYOR

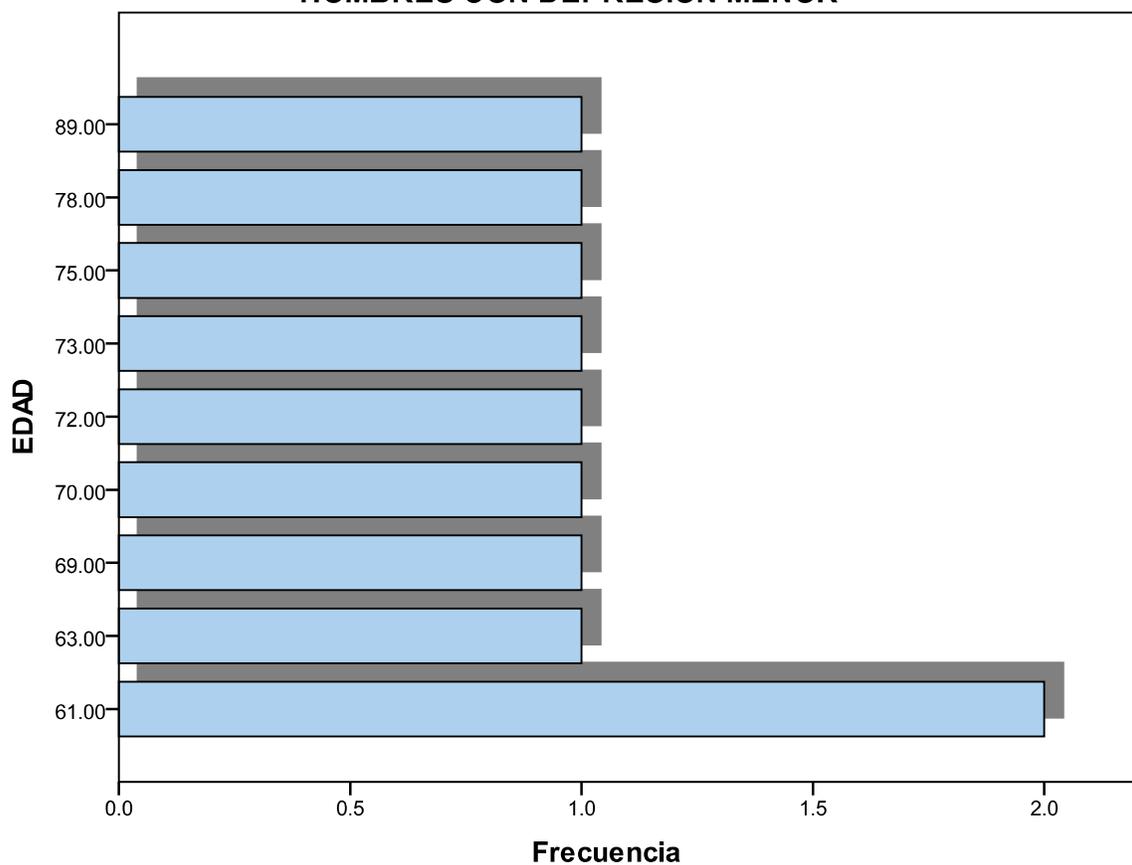


HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR

VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	61.00	2	20.0	20.0	20.0
	63.00	1	10.0	10.0	30.0
	69.00	1	10.0	10.0	40.0
	70.00	1	10.0	10.0	50.0
	72.00	1	10.0	10.0	60.0
	73.00	1	10.0	10.0	70.0
	75.00	1	10.0	10.0	80.0
	78.00	1	10.0	10.0	90.0
	89.00	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR

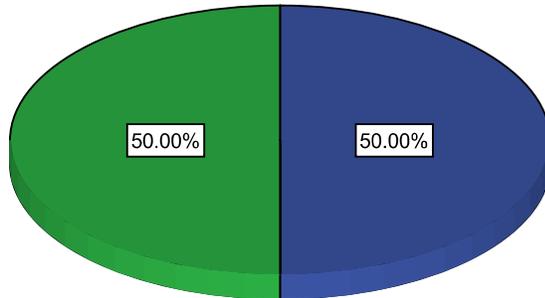


VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	5	50.0	50.0	50.0
	SI	5	50.0	50.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR

■ NO
■ SI

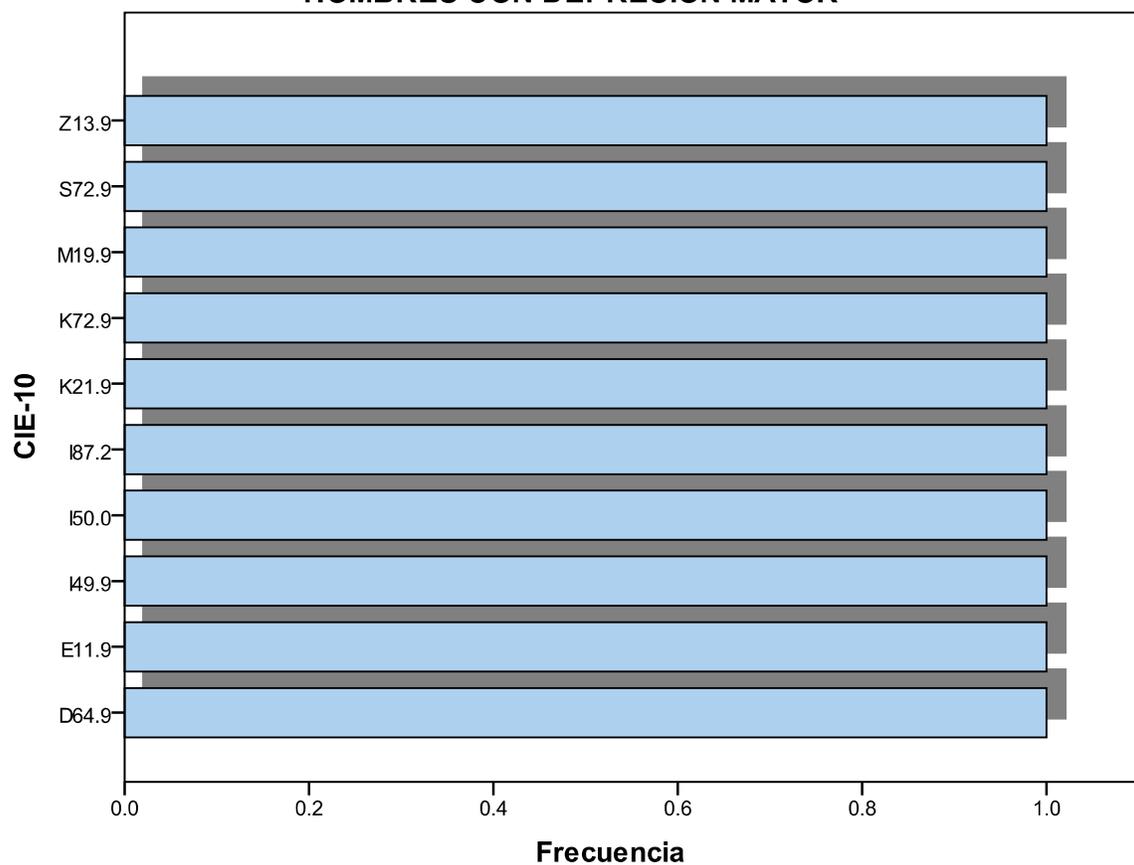


SEGURO POPULAR

VAR00004

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	D64.9	1	10.0	10.0	10.0
	E11.9	1	10.0	10.0	20.0
	I49.9	1	10.0	10.0	30.0
	I50.0	1	10.0	10.0	40.0
	I87.2	1	10.0	10.0	50.0
	K21.9	1	10.0	10.0	60.0
	K72.9	1	10.0	10.0	70.0
	M19.9	1	10.0	10.0	80.0
	S72.9	1	10.0	10.0	90.0
	Z13.9	1	10.0	10.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR

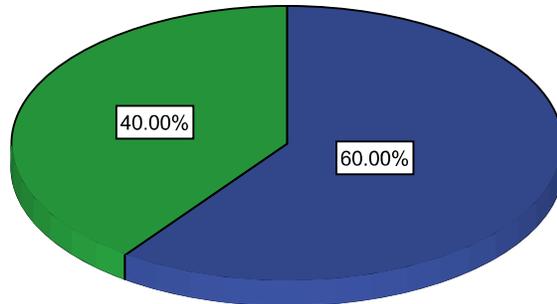


VAR00005

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	c	6	60.0	60.0	60.0
	v	4	40.0	40.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

ESTADO CIVIL DE LOS HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR

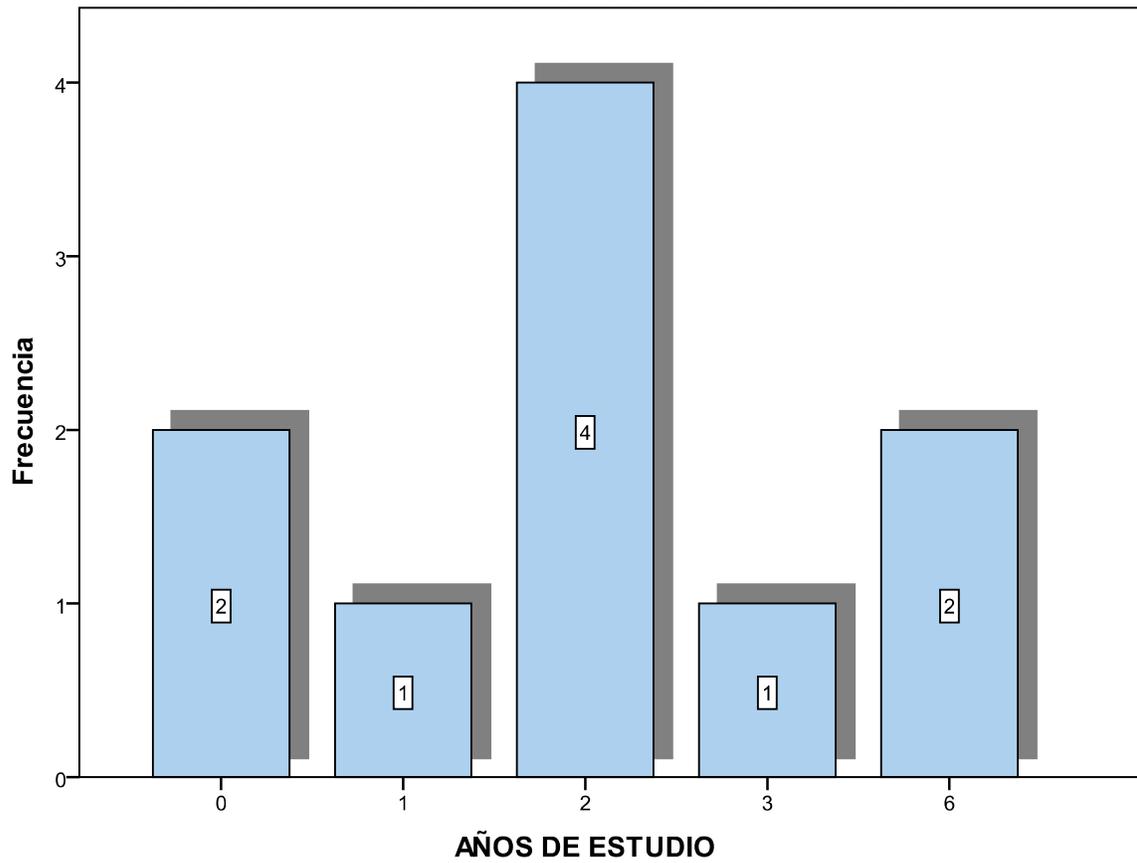
■ c
■ v



VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	20.0	20.0	20.0
	1	1	10.0	10.0	30.0
	2	4	40.0	40.0	70.0
	3	1	10.0	10.0	80.0
	6	2	20.0	20.0	100.0
	Total	10	100.0	100.0	

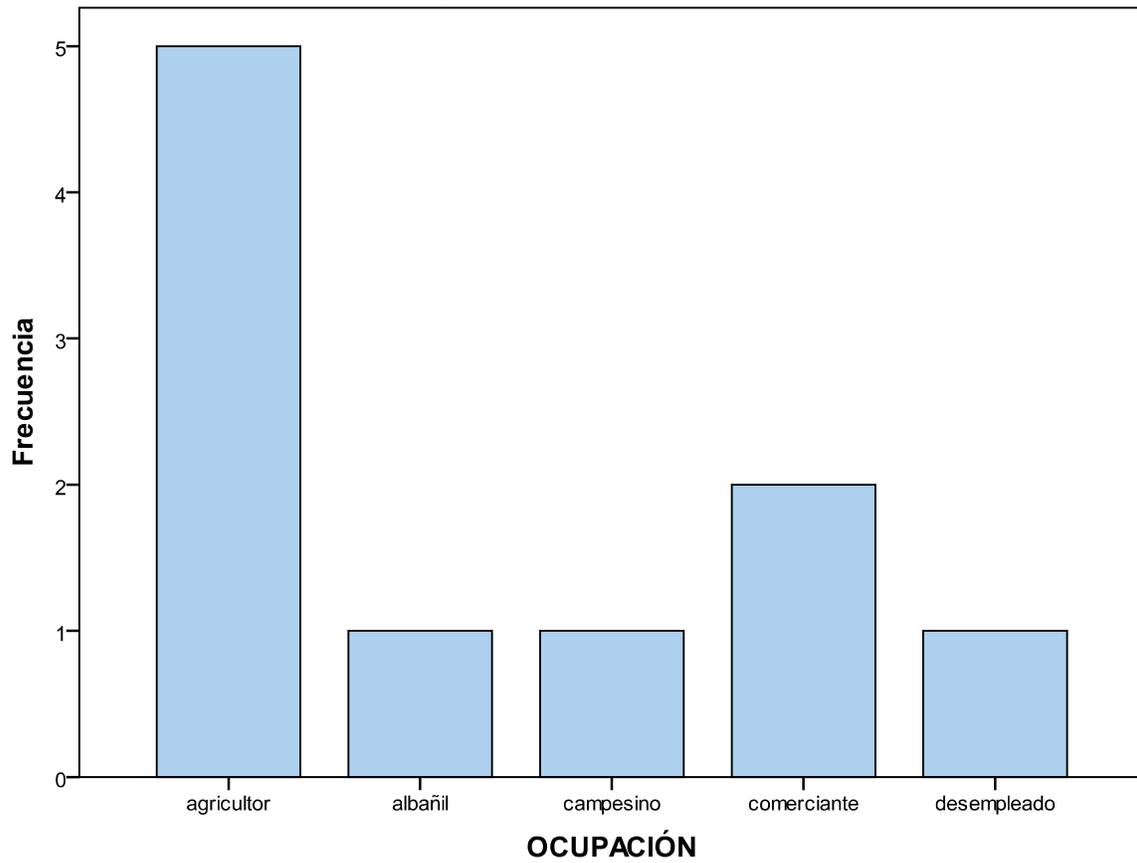
ESCOLARIDAD DE HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR



VAR00007

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos agricultor	5	50.0	50.0	50.0
albañil	1	10.0	10.0	60.0
campesino	1	10.0	10.0	70.0
comerciante	2	20.0	20.0	90.0
desempleado	1	10.0	10.0	100.0
Total	10	100.0	100.0	

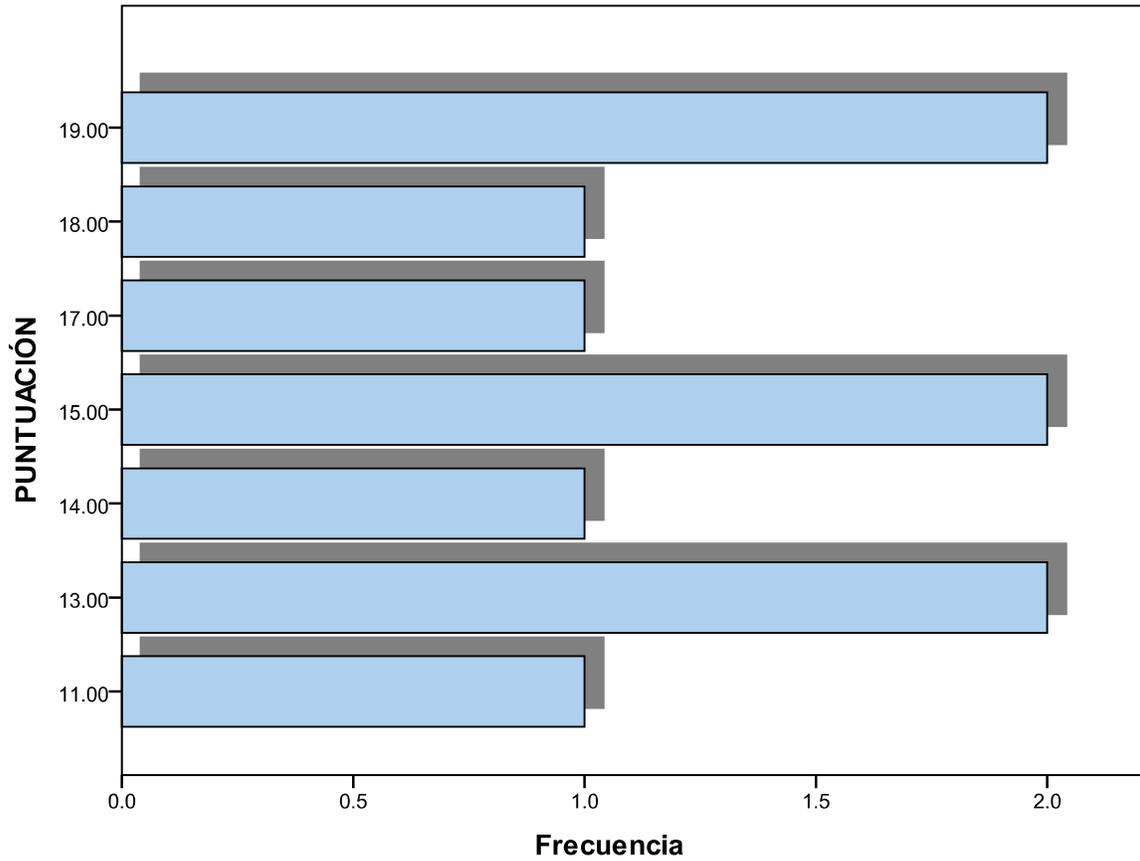
HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR



VAR00008

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	11.00	1	10.0	10.0	10.0
	13.00	2	20.0	20.0	30.0
	14.00	1	10.0	10.0	40.0
	15.00	2	20.0	20.0	60.0
	17.00	1	10.0	10.0	70.0
	18.00	1	10.0	10.0	80.0
	19.00	2	20.0	20.0	100.0
Total		10	100.0	100.0	

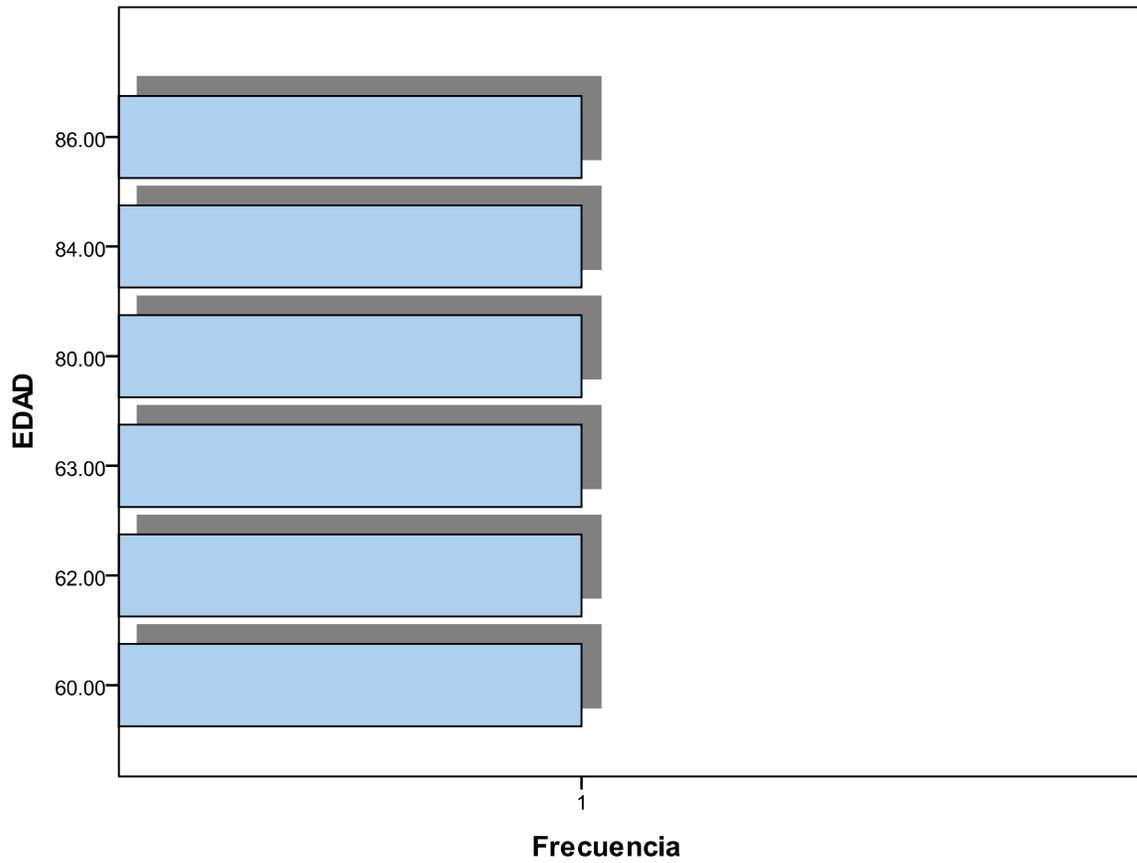
YESAVAGE EN HOMBRES CON DEPRESIÓN MENOR



VAR00001

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60.00	1	16.7	16.7	16.7
	62.00	1	16.7	16.7	33.3
	63.00	1	16.7	16.7	50.0
	80.00	1	16.7	16.7	66.7
	84.00	1	16.7	16.7	83.3
	86.00	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR

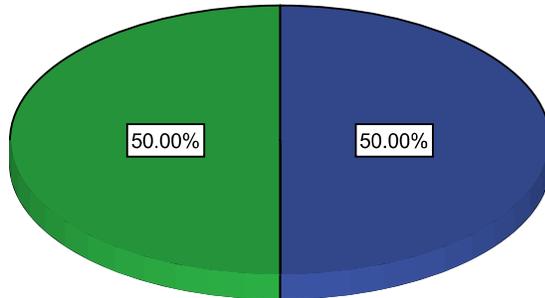


VAR00003

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	3	50.0	50.0	50.0
	SI	3	50.0	50.0	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR

■ NO
■ SI

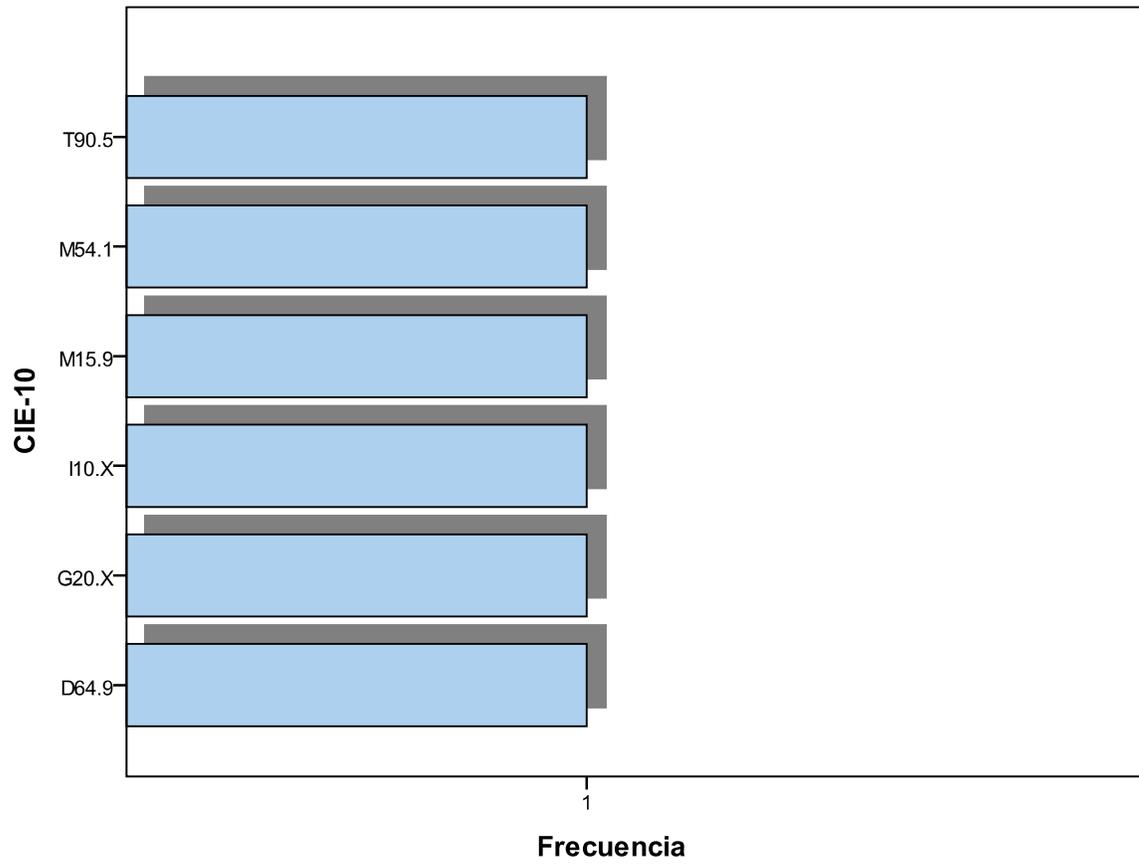


SEGURO POPULAR

VAR00004

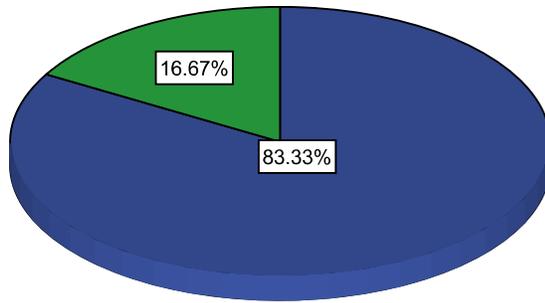
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	D64.9	1	16.7	16.7	16.7
	G20.X	1	16.7	16.7	33.3
	I10.X	1	16.7	16.7	50.0
	M15.9	1	16.7	16.7	66.7
	M54.1	1	16.7	16.7	83.3
	T90.5	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR



HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR

■ c
■ v

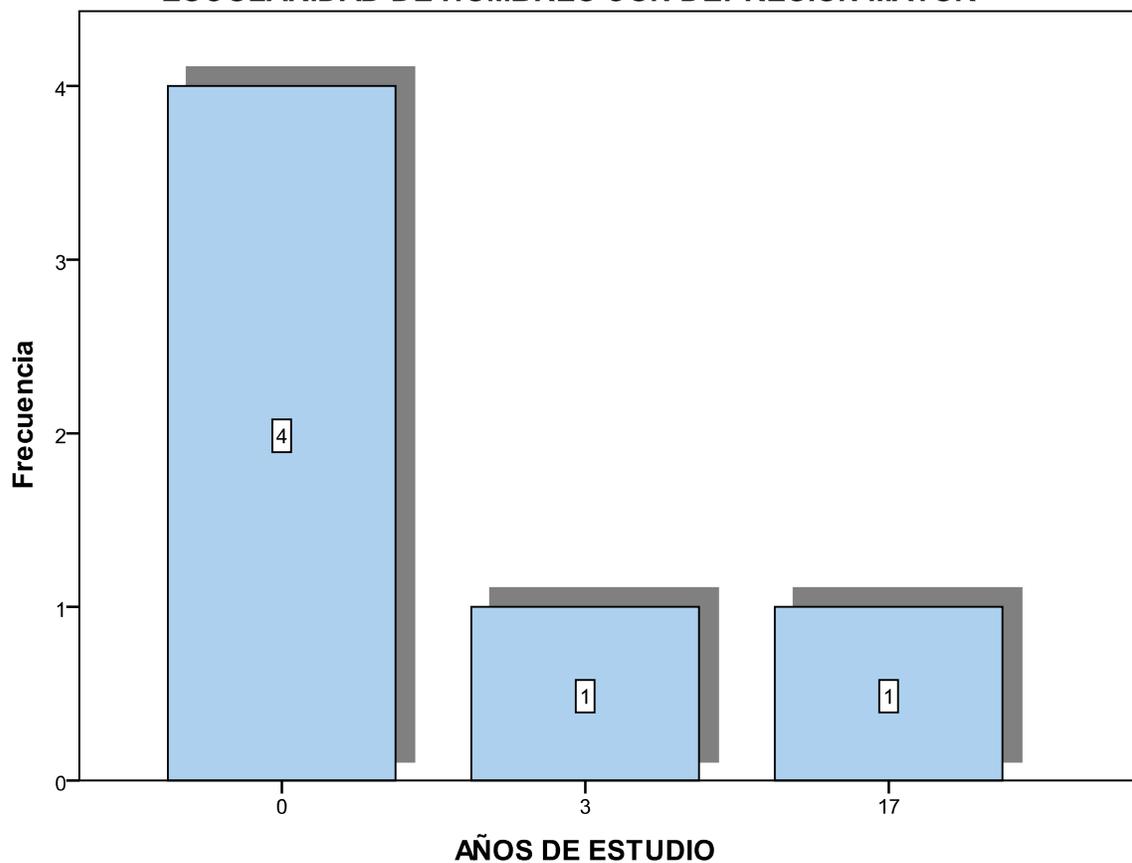


ESTADO CIVIL

VAR00006

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	66.7	66.7	66.7
	17	1	16.7	16.7	83.3
	3	1	16.7	16.7	100.0
Total		6	100.0	100.0	

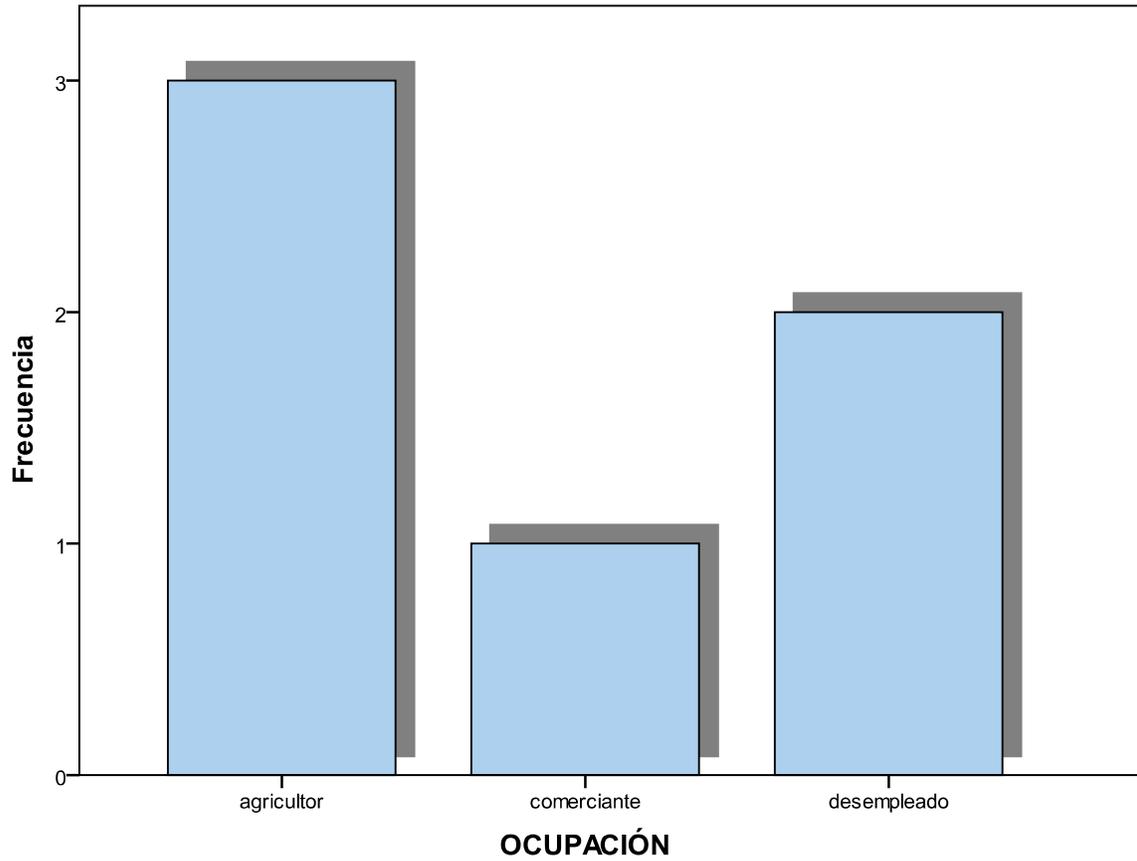
ESCOLARIDAD DE HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR



VAR0007

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	agricultor	3	50.0	50.0	50.0
	comerciante	1	16.7	16.7	66.7
	desempleado	2	33.3	33.3	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

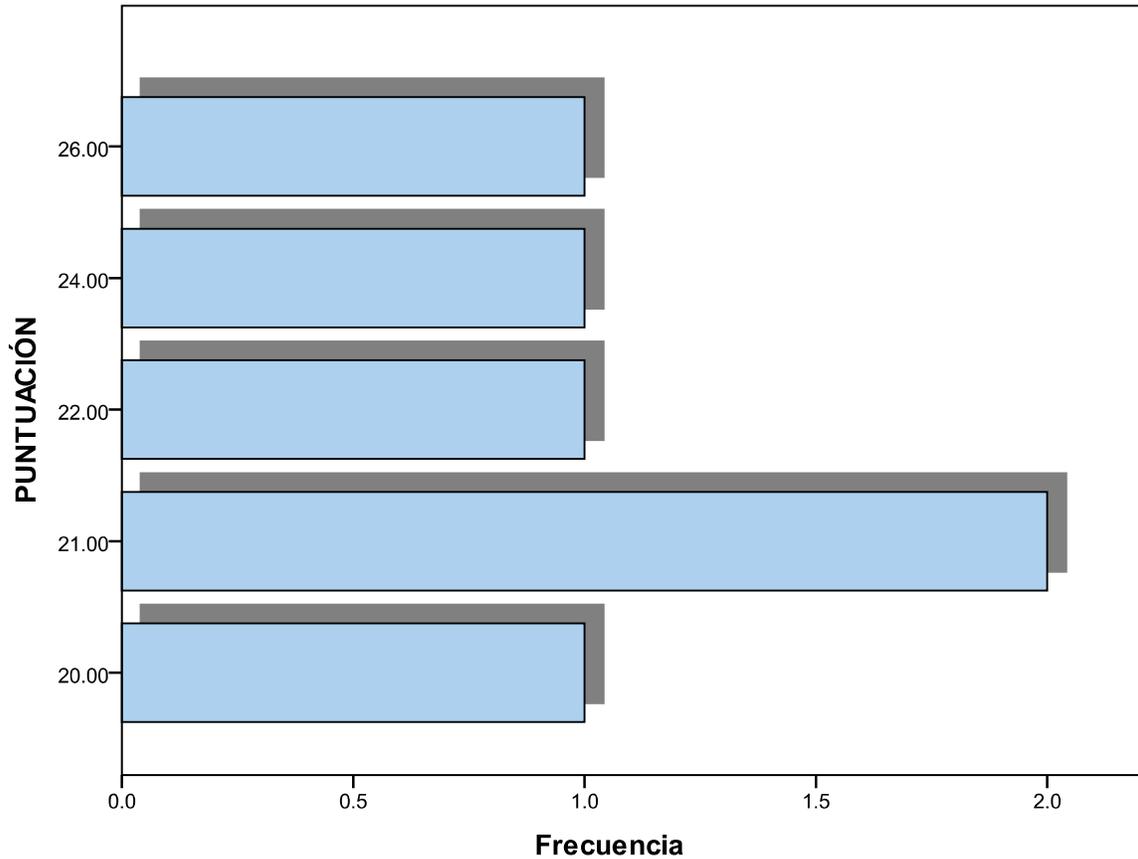
HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR



VAR00008

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20.00	1	16.7	16.7	16.7
	21.00	2	33.3	33.3	50.0
	22.00	1	16.7	16.7	66.7
	24.00	1	16.7	16.7	83.3
	26.00	1	16.7	16.7	100.0
	Total	6	100.0	100.0	

YESAVAGE EN HOMBRES CON DEPRESIÓN MAYOR



Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión, χ^2 para variables ordinales, cálculo de razón de momios (OR) e intervalos de confianza de 95 % (IC 95 %); así como análisis multivariado de factores de riesgo para depresión, mediante regresión logística para variables dicotómicas. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 10. fue de 72 años y predominó el sexo femenino (58 %); se encontró demencia en 3.1 % y depresión global en 50.3 %. El grado de depresión más frecuente fue leve-moderada en 133 pacientes, de los cuales 74 (23.8 %) tuvieron entre 11 y 14 puntos en la escala de Yesavage y 59 (19.0 %), entre 15 y 19 puntos; 23 pacientes tuvieron 20 puntos o más. Tanto con la escala de Katz como con la de Lawton se observó alto porcentaje de dependencia (cuadro I).

En el análisis bivariado, los factores más relacionados con depresión fueron pertenecer al sexo femenino, dependencia para realizar las actividades diarias (determinada mediante escala de Katz), estar hospitalizado en el departamento de medicina interna; vivir solo o con personas no cercanas a la familia y padecer enfermedades crónicas degenerativas

(cuadro II). Al ser analizados mediante regresión logística, todos los factores mencionados se asociaron con depresión, excepto la dependencia (cuadro III).

Discusión

La prevalencia de depresión en los adultos mayores hospitalizados es elevada; en la literatura oscila de 21.4 a 56 %. La gran variación en los informes se debe a que muchos de los estudios en los que se aplica la escala de Yesavage (en su versión original de 30 ítems o en su forma abreviada), están encaminados a muestras poblacionales de servicios del primer nivel de atención, son pequeñas o incluyen pacientes ambulatorios.^{1-3,8,22-25} También hay diferencias si el estudio se realiza en determinados servicios, como en Urgencias, donde se ha encontrado prevalencia de 30 % en población mayor de 18 años, sin diferenciación por grupos de edad.²⁶ En servicios de rehabilitación visual se ha observado 26.9 % en personas mayores de 65 años.²⁷ En el presente estudio es alto 7.4 % de depresión severa (20 o más puntos de la escala de Yesavage); si el punto de corte se establece en puntuaciones de 15 o más, se incrementa en forma sustancial a 26.45 %, significativamente superior a 16 % reportado por García Serrano y colaboradores.⁸ Si bien es cierto que las puntuaciones entre 11 y 14 indican trastornos del ánimo más que depresión leve, al incluirlas la prevalencia de depresión global se incrementa a 50.3 % (cuadro I), también superior a 31 % reportado por García Serrano.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señala que 9.1 % de los encuestados ha padecido un trastorno afectivo alguna vez en la vida; 4.8 % corresponde a episodios de depresión mayor o menor. Estas cifras no son contrastables con nuestro estudio, ya que la Encuesta Nacional se efectuó en población abierta, incluyó pacientes de 18 años de edad en adelante y la proporción de sujetos participantes mayores de 65 años fue muy pequeña (31 pacientes, 1.3 % de la muestra).²⁸

La asociación de depresión con el sexo femenino (cuadro II) es controversial. Algunos autores han indicado predominio de episodios depresivos en la mujer,^{28,29} con una razón mujer:hombre de 2:1,²⁵ similar a nuestros hallazgos a pesar de que esos estudios incluyen población abierta, mayor de 18 años y no se hace énfasis específico en el adulto mayor de 65 años. Gutiérrez Lobos³⁰ refiere que aun cuando el predominio de la mujer existe, el patrón de presentación está influido por el estado marital y la edad de la persona, de manera que la relación 3:1 que se observa en personas casadas entre los 30 y 50 años, disminuye a 1:1 en las menores de 30 y mayores de 50 años de edad. En las personas no casadas, el patrón es diferente: 2:1 en jóvenes, 2.5:1 en edad media y 1:1 en mayores de 55 años. En nuestro estudio, al analizar grupos mayores o menores de 75 años en función de su estado marital, siempre predominó la mujer como portadora de cuadros depresivos en una relación de 2.5:1. Las diferencias en los resultados pueden explicarse por variaciones en los patrones psicosociales y culturales de las poblaciones.

Algunos estudios comparativos de seguimiento han demostrado mortalidad superior en pacientes del sexo masculino con depresión mayor.^{1-3,22}

La asociación de depresión con estar hospitalizado en el servicio de medicina interna puede explicarse porque este tipo de pacientes con mayor frecuencia cursa con enfermedades crónicas degenerativas concomitantes. Lo anterior se apoya al analizar la colinearidad de estar hospitalizado en medicina interna y tener enfermedades crónicas, con bajo valor de tolerancia al considerarse en conjunto y elevación del mismo al hacerlo por separado (cuadro III).

Diversos autores han estudiado la asociación de depresión con enfermedades crónicas degenerativas como diabetes, cardiopatía isquémica, ^{31,32} hipotiroidismo,³³ enfermedad

vascular cerebral,³⁴ enfermedad de Alzheimer, Parkinson,^{1,4} cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión y artritis.³⁵

Además de mayor frecuencia de depresión en pacientes que padecen alguna de las patologías mencionadas, la asociación es de doble vía ya que la depresión a su vez puede favorecer una evolución más tórpida y un peor pronóstico de las enfermedades crónicas y de la incapacidad funcional,³⁶⁻³⁸ por ejemplo: en adultos mayores deprimidos se ha observado disminución de linfocitos con respuesta inmunológica disminuida,³⁹ y una relación inversa de la multimorbilidad o comorbilidad con la calidad de vida de los sujetos con depresión;⁴⁰ además, la depresión incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.⁴¹

La dependencia en las actividades diarias y la discapacidad (62 % con escala de Katz y 75 % con escala de Lawton) son factores que se asocian con depresión²⁵ y están en estrecha relación con las enfermedades crónicas. Se menciona que cuando la discapacidad y la dependencia suceden en etapas más tempranas de la vida, se asocian más con depresión.³⁵

Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano^{42,43} (cuadro II). Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar⁴⁴ en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad y a enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial,² con sentimientos de inutilidad y desánimo.

En conclusión, hay tres aspectos que se debe tener en cuenta:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en su estudio del costo global de enfermedades, en países desarrollados la depresión en los pacientes mayores de 65 años hospitalizados será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020, después de la cardiopatía isquémica.

□ La depresión tiene un impacto negativo en la salud de los pacientes y en los costos de atención médica. Se estima que para el año 2040 en Estados Unidos la población adulta mayor deprimida consumirá 50 % de los gastos destinados a los servicios de atención a la salud.⁴⁶

□ La depresión tiene un origen multicausal, con asociación de varios factores que interactúan y conducen en forma conjunta a detrimento de la calidad de vida de este grupo de pacientes.^{35,36,40} Dado lo anterior, es conveniente que en los hospitales existan programas sistemáticos de detección del estado depresivo en el adulto mayor al ingreso hospitalario, para estar en posibilidad de efectuar intervenciones psicosociales oportunas que ayuden a mejorar la calidad de vida y disminuir la morbilidad y la mortalidad, ^{41,44} como los establecidos para los pacientes con cáncer.⁴⁷ Se requieren más estudios para analizar el costo-beneficio de implementar estas estrategias de apoyo.

Durante el periodo del 1° de Enero al 31 de Diciembre del año 2008, en el centro médico Lic. Adolfo López Mateos, ingresaron al servicio de hospitalización de medicina interna 1162 pacientes **Cuadro 1**, de los cuales, 20 tuvieron datos electrocardiográficos compatibles con el síndrome de RP constituyendo el 1.7% del total de pacientes. 1142 pacientes fueron catalogados como sanos (98.3%) **Gráfica 1**. 487 hombres estuvieron hospitalizados diagnosticándose RP en 15 de ellos (3.08%) **Gráfica 2**. 675 mujeres estuvieron hospitalizadas diagnosticándose RP en 5 de ellas (0.74%) **Gráfica 3**.

La prevalencia de RP está en concordancia con la reportada en otros estudios. Es importante tener en mente que los criterios establecidos para la identificación de este síndrome varían de estudio en estudio, en nuestro caso, cada uno de los pacientes cumplía con los 14 criterios establecidos para su diagnóstico. De los 20 pacientes con RP, 15 (75%) eran hombres y 5 (25%) eran mujeres **Cuadro 2, Gráfica 4**. La edad de los pacientes diagnosticados con RP se encontró situada en un rango entre los 18 y 42 años de edad, con edad promedio de 31.2. Con promedio de edad en las mujeres de 33.6 años y en los hombres de 29.3 años. **Gráfica 5**.

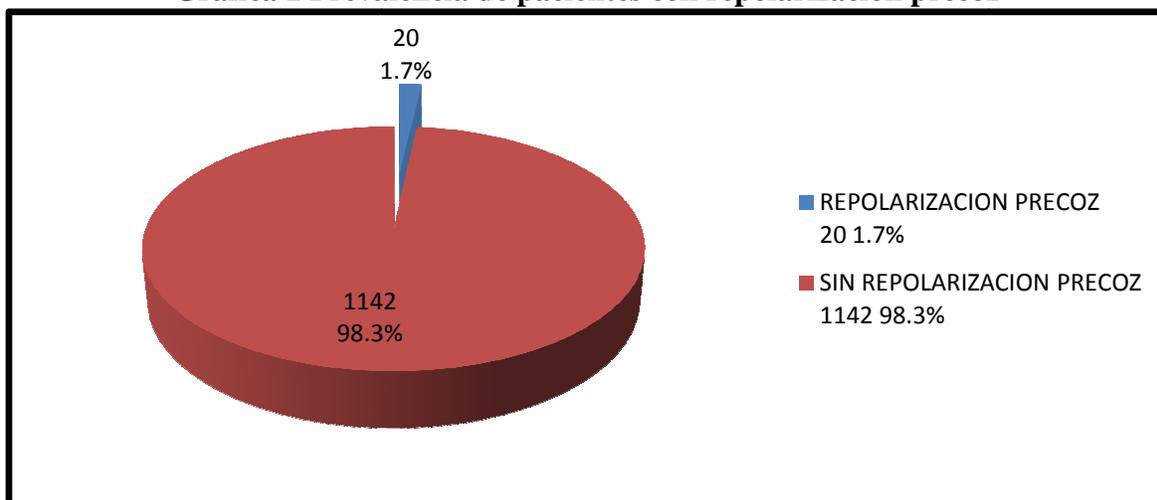
Diversas enfermedades originaron la hospitalización de los pacientes sin que haya alguna correlación entre estas y el diagnóstico de RP encontrando solamente una mayor frecuencia en enfermedad del esófago no especificada y en hígado graso por alcohol, quizás relacionado sobre todo a la mayor prevalencia de estas enfermedades en ese rango de edad en nuestro medio y no como origen para el desarrollo de RP. **Cuadro 3 Gráfica 6**.

Cuadro 1 Prevalencia de pacientes con repolarización precoz

	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Sin repolarización precoz	472	670	1142	98.3%
Con repolarización precoz	15	5	20	1.7%
total	487	675	1162	100%

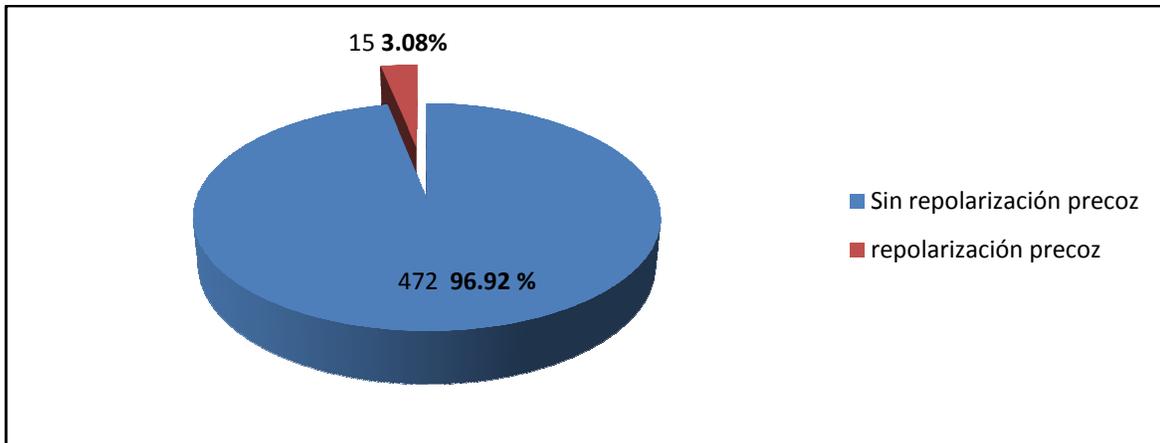
Fuente: Expedientes de Pacientes

Gráfica 1 Prevalencia de pacientes con repolarización precoz



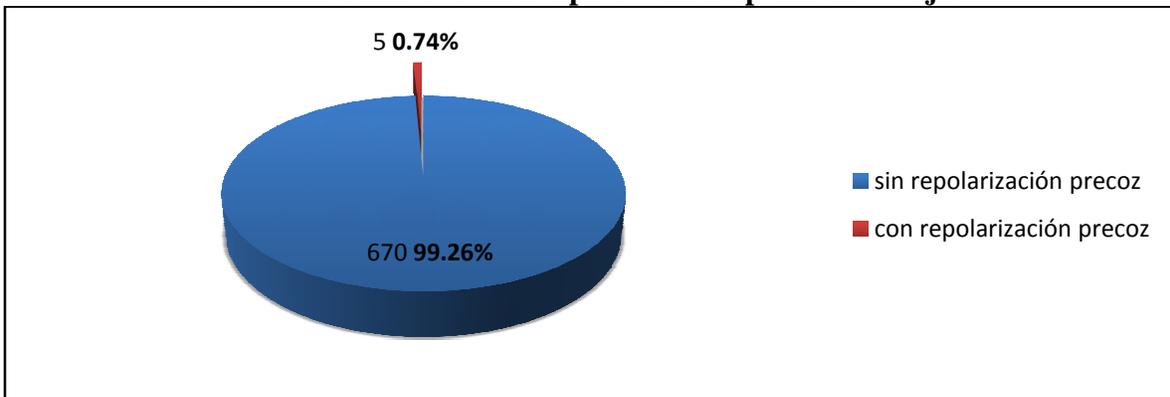
Fuente: Cuadro 1

Gráfica 2. Prevalencia de repolarización precoz en Hombres



Fuente: Cuadro 1

Gráfica 3. Prevalencia de repolarización precoz en mujeres

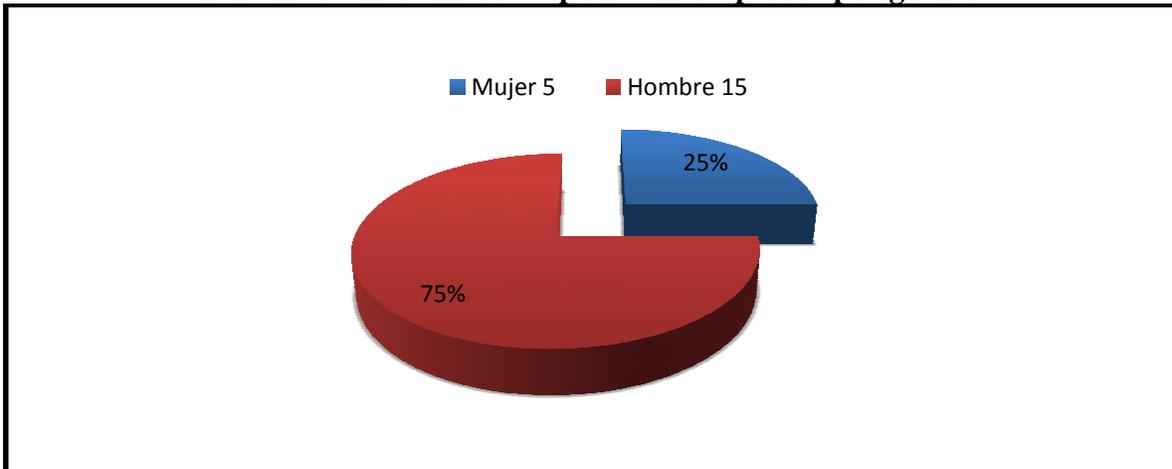


Fuente: Cuadro 1

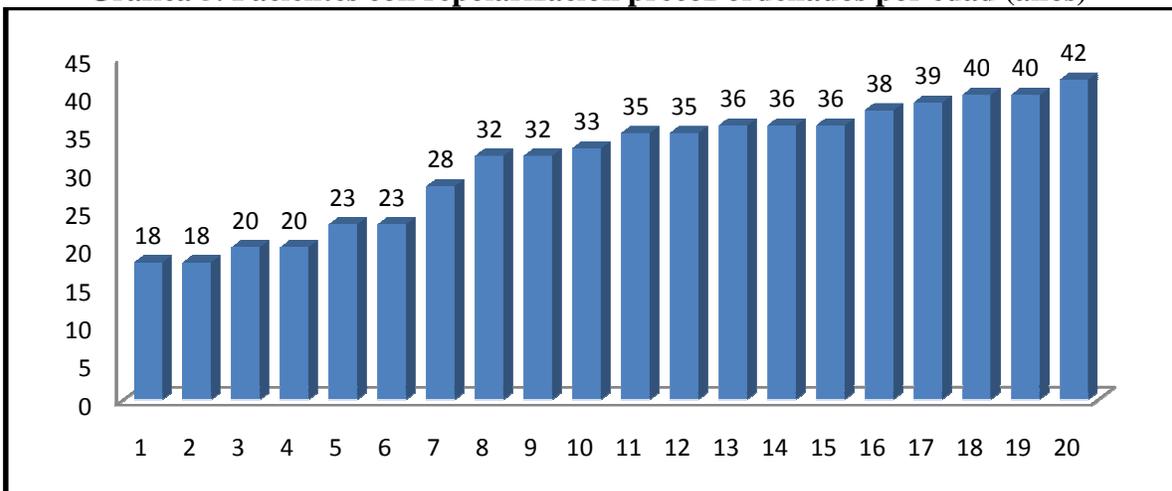
Cuadro 2. Pacientes con repolarización precoz por género

	Número	Porcentaje
Hombres	15	75%
Mujeres	5	25%
Total	20	100%

Gráfica 4. Pacientes con repolarización precoz por género



Gráfica 5. Pacientes con repolarización precoz ordenados por edad (años)



Fuente: expedientes de pacientes

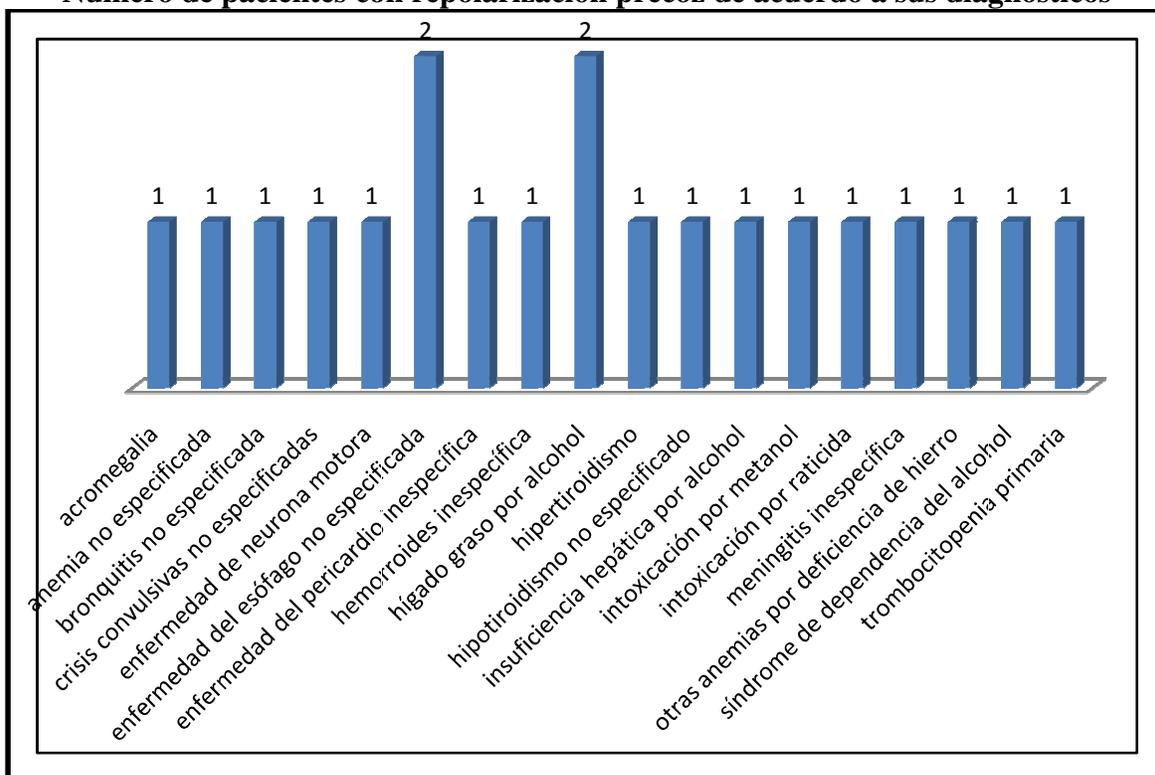
Cuadro 3. Pacientes con repolarización precoz de acuerdo a sus diagnósticos

Número progresivo	Pacientes con RP (años)	GÉNERO (1=Hombre) (2=Mujer)	cie-10	diagnóstico
1132	42	2	E220	acromegalia
576	38	1	D649	anemia no especificada
36	35	1	J40X	bronquitis no especificada
52	33	1	R568	crisis convulsivas no especificadas
694	23	1	G122	enfermedad de neurona motora
48	40	1	K229	enfermedad del esófago no especificada
144	40	1	K229	enfermedad del esófago no especificada
175	39	1	I319	enfermedad del pericardio inespecífica
875	36	1	I849	hemorroides inespecífica
479	28	1	K700	hígado graso por alcohol
976	32	1	K700	hígado graso por alcohol
535	32	2	E059	hipertiroidismo
108	20	1	E039	hipotiroidismo no especificado
249	20	1	K704	insuficiencia hepática por alcohol
314	36	2	T511	intoxicación por metanol
1080	23	1	T604	intoxicación por raticida
910	36	2	G039	meningitis inespecífica
802	18	2	D508	otras anemias por deficiencia de hierro
203	35	1	F102	síndrome de dependencia del alcohol
37	18	1	D694	trombocitopenia primaria

Fuente: expedientes de pacientes

Gráfica 6.

Número de pacientes con repolarización precoz de acuerdo a sus diagnósticos



XIII.- CONCLUSIONES

En nuestro estudio encontramos varios hallazgos que concuerdan con los descritos en la literatura previa, es de notar la prevalencia existente en los hombres que es de 3.08 lo cual nos hace pensar en la gran cantidad de personas del género masculino con este problema sin que se diagnostique. Al parecer ninguna de las enfermedades que condicionaron el ingreso del paciente tenía relación con el diagnóstico de RP. El promedio de edad de las mujeres fue de 33.6, mientras que el de los hombres fue de 29.3 concordante con la literatura que reporta el hallazgo en jóvenes. No fue posible realizar seguimiento de los pacientes ya que el estudio se limitó al hallazgo en los expedientes y no a un estudio prospectivo, sin embargo, es uno de los primeros estudios que se realizan en el país para determinar la prevalencia de RP.

Debido a que la interpretación EKG se realizó en el expediente y no en el momento en que ingresó el paciente, deben tomarse varias precauciones que pueden llevar a diagnosticar en una forma más adecuada este tipo de patología. La realización seriada de EKG y su análisis pueden mejorar el diagnóstico.

Recientemente, datos obtenidos de diversos estudios han mostrado la relación existente entre la RP y muerte súbita.

En un estudio, se examinaron y evaluaron los datos obtenidos de 206 sobrevivientes de parada cardíaca súbita (PCS) sin etiología identificable, por la prevalencia de RP y sus implicaciones para arritmias recurrentes. La RP fue observada en 31% de los casos de fibrilación ventricular idiopática (FVI) en comparación de 5% de 412 individuos control normales sin una historia de FVI. Posteriormente, de acuerdo a los datos obtenidos de los desfibriladores implantados, los 64 sobrevivientes de FVI con RP tuvieron una alta frecuencia de recurrencia de FV en comparación con los 142 sobrevivientes sin RP (41% Vs 23%). Aunque las asociaciones de caso-control no prueban alguna causa, estas observaciones son científicas y clínicamente tentadoras debido a que retan el dictado largamente anunciado de que la RP es benigna en pacientes con corazones estructuralmente normales.

Estos son datos limitados de estudios experimentales que soportan el concepto que la RP puede ser arritmogénica, así la posibilidad de variantes benignas y de alto riesgo de RP no pueden ser resueltas totalmente. Esta distinción es importante por la práctica razón que la RP es común y la FVI es rara, creando un problema acerca de cómo manejar el gran número de individuos asintomáticos con RP. Es importante que los clínicos reconozcan la RP y manejen esta situación clínica paciente a paciente. Los datos disponibles indican que la magnitud de la elevación del punto J puede ser un factor de discriminación, aunque la sensibilidad y especificidad de esta medición está indeterminada (14)

Varios autores han reportado la presencia de síncope y muerte súbita en personas con ondas J elevadas. *Haïssaguerre et al* fueron los primeros en demostrar con gran precisión la posible relación entre el patrón RP y síncope inexplicable o muerte súbita en FV. Como la prevalencia de hallazgos EKG es bastante alta en la población general sin afectar su expectativa de vida por una proporción significativa, el reto es distinguir entre ambos grupos, con y sin marcadores de riesgo de muerte cardíaca súbita. (15)

La elevación del punto J en las derivaciones inferiores es un marcador del incremento en el riesgo de muerte de causas cardíacas entre personas de edad media. Estos datos son parcialmente consistentes con reportes recientes de una alta incidencia de patrón RP en derivaciones diferentes a V1 a V3 entre personas con FVI. El patrón RP permaneció como un marcador pronóstico independiente incluso después del ajuste para varios otros factores de riesgo. El patrón RP en las derivaciones inferiores fue un fuerte vaticinador de muerte de

causa cardíaca o de arritmia que la elevación del punto J en las derivaciones laterales. En adición a la localización del patrón RP, la amplitud de la elevación del punto J tiene valor pronóstico: existe un mayor riesgo de muerte de causa cardíaca entre personas con una elevación marcada del punto J (>0.2 mV) que entre aquellas con una elevación más moderada (≥ 0.1 mV). La presencia de este patrón en registros EKG repetidos demuestra que la elevación del punto J es estable más que un fenómeno transitorio, sugiriendo un desorden electrofisiológico permanente. (16)

Es de notar que existen pocos estudios encaminados a detectar la prevalencia de la RP en la población en general. Desconocemos la evolución de nuestros pacientes y si alguno de ellos presentó FVI y muerte súbita. Estudios a largo plazo son requeridos para determinar la relación existente entre RP y muerte súbita en la población mexicana. Es común encontrar como causa de muerte, inclusive en personas jóvenes, el IAM; posiblemente por desconocimiento de las causas que originaron la parada cardíaca o por no tener estudio EKG previo estos pacientes y que posiblemente hayan tenido un problema de trastornos de la repolarización.

Un estudio realizado retrospectivamente de las grabaciones de los desfibriladores implantados en pacientes con FVI determinó que el empastamiento o muesca en la porción terminal del QRS es más prevalente en la variante maligna de RP que en los casos benignos: este hallazgo puede tener implicaciones para la estratificación de riesgo de los pacientes con RP (18)

XIV.- RECOMENDACIONES

Consideramos que es imprescindible que todo el personal de salud en general y en particular los médicos que desarrollan su actividad asistencial en áreas de medicina interna, terapia intensiva o en el servicio de urgencias, conozcan la existencia de este problema diagnóstico, con el fin de reducir la aplicación de procedimientos incorrectos, molestos o potencialmente peligrosos a los pacientes que solicitan atención médica por presentar dolor precordial y que no tienen electrocardiograma previo en reposo para descartar la presencia del RP. Es necesario tener en mente, siempre, que no todas las elevaciones del segmento S-T corresponden a enfermedades cardíacas, recordando que existen varios padecimientos que pueden confundir el diagnóstico y que requerirían otro tipo de estudio y manejo. En los hechos recientes, se han reportado la muerte de diversos jóvenes deportistas, que aparentemente tenían corazones estructuralmente normales y no tenían los diagnósticos previos de enfermedades peligrosas. Debe considerarse la posibilidad de que la RP pueda ser catalogada como una enfermedad potencialmente peligrosa. Estudios posteriores podrán dilucidar si estamos en lo correcto o no.

Por lo pronto, el comparar EKG's previos con EKG's recientes del mismo paciente mejorará el entendimiento de la información diagnóstica contenida en los EKG's. La comparación de EKG's se recomienda para incrementar la detección de IAM o isquemia y para distinguir RP de IAM. Los progresos recientes en electrocardiografía computarizada, información y tecnologías de comunicación podrían facilitar el almacenaje de dichos estudios y su comparación seriada. Inclusive los pacientes con repolarización precoz podrían tener copia de su EKG en medios de almacenamiento portátil como son los dispositivos USB. Los médicos pueden utilizar técnicas de imagen para confirmar o refutar la presencia de isquemia o infartos regionales, sin embargo, los trastornos de la movilidad de la pared encontrados por ecocardiografía no pueden ser diferenciados de isquemia aguda o de infarto previo.

Pensamos que el reconocimiento adecuado de este patrón de RP posee una importancia elemental en la práctica médica.

Aunque puede catalogarse aún como una entidad clínica benigna, los pacientes con RP deben tener seguimiento en forma constante con el fin de determinar si cuentan con patrones electrocardiográficos potencialmente peligrosos, con el fin de prevenir muerte súbita. No descartamos la posibilidad de muerte súbita en los portadores de RP por lo que recomendamos estar atentos a nuevos estudios que pongan en evidencia un tipo de patrón de repolarización que se identifique como precursor de FVI

XV.- BIBLIOGRAFÍA

- 1) *Márquez Cardoso et al. Depresión en el adulto mayor. Frecuencia y factores de riesgo asociados. ATENCIÓN PRIMARIA. 2005 OCT;36(6):345 - 345. (1)*
- 2) *Unutzer J. Late-Life Depression. N Engl J Med 2007; 357:2269-2276 (2)*
- 3) *Steven P. Roose, M.D. et al. Antidepressant Pharmacotherapy in the Treatment of Depression in the Very Old: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. Am J Psychiatry 2004; 161:2050–2059 (3)*
- 4) *Belmaker RH, Major Depressive Disorder N Engl J Med 2008 358:55-68*
- 5)
- 6) *Kadish et al. ACC/AHA Clinical Competence Statement December JACC Vol. 38, No. 7, 2001:2091–100*
- 7) *Pérez Fernández G A. La RP. Una trampa para el médico. Mapfre Medicina, 2003; 14: 89-95*
- 8) *Brady W. MD. Benign Early Repolarization: Electrocardiographic Manifestations and Differentiation From Other ST Segment Elevation Syndromes Am J Emerg Med 1998;16:592-597*
- 9) *Dowdy L MD et al. Early repolarization: friend Or Foe? Am J Med. 2003;115:237–240.*
- 10) *Klatsky A. MD, Oehm R. MD et al. The early repolarization normal variant electrocardiogram: Correlates and consequences 15 08 2003 Am J Med. 2003;115:171–177*
- 11) *Demir A. MD, Soyulu M. MD et al. Assessment of Autonomic Function in Subjects With Early Repolarization Am J Cardiol 2002, 89*
- 12) *Gussak I, Antzelevitch C. Early repolarization syndrome: clinical characteristics and possible cellular and ionic mechanisms. J Electrocardiol.2000;33:299–309.*
- 13) *Pérez Fernández G A. La RP. Una trampa para el médico. Mapfre Medicina, 2003; 14: 89-95*
- 14) *Boineau J.MD et al. The early repolarization variant—an electrocardiographic enigma with both QRS and J-STT anomalies J Electrocardiol 2007;40:3.e1.*
- 15) *Boineau J.MD et al The early repolarization variant—normal or a marker of heart disease in certain subjects J Electrocardiol 2007;40:3.e11*
- 16) *Wu J. MD et al. The athlete’s electrocardiogram Am J Emerg Med (2006) 24, 77–86*
- 17) *Nam G, M.D. Kim Y, M.D. Antzelevitch Ch, Ph.D. Augmentation of J Waves and Electrical Storms in Patients with Early Repolarization N Engl J Med 2008 358;19 2078-2079*
- 18) *Haissaguerre M, Derval N, Sacher F, et al. Sudden cardiac arrest associated with early repolarization. N Engl J Med 2008; 358:2016-23.*
- 19) *Myerburg R. MD, Castellanos A. MD Early repolarization and sudden cardiac arrest: theme or variation on a theme? CARDIOVASCULAR MEDICINE 2008 5;12 760-761*
- 20) *Bonny A. MD et al Early repolarization electrocardiography pattern with unexplained syncope during training in a young black African non elite athlete: An accidental finding? Cardiol J 2009; 16, 3: 259.263*
- 21) *Tikkanen J, MD., Anttonen O, M.D. et al. Long-Term Outcome Associated with Early Repolarization on Electrocardiography N Engl J Med 2009;361.*
- 22) *Dowdy L MD et al. Early repolarization: friend Or Foe? Am J Med. 2003;115:237–240.*

23) Mercant F MD et al. **Ability of Terminal QRS Notching to Distinguish Benign from Malignant Electrocardiographic Forms of Early Repolarization** Am J Cardiol 2009;104:1402–1406

XVI.- ANEXOS

Anexo 1

NÚMERO PROGRESIVO	FECHA	SERVICIO	NOMBRE	EXPEDIENTE	EDAD	SEXO	1a. VEZ Y SUB	DIAGNOSTICO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	YESAVAGE

Anexo 2

ESCALA DE YESAVAGE			
	Pregunta a realizar	1 punto si responde:	
1	¿Está básicamente satisfecho/a con su vida?		NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI	
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	
5	¿Tiene esperanza en el futuro?		NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI	
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?		NO
8	¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?	SI	
9	¿Se siente feliz muchas veces?		NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI	
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI	
12	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	SI	
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI	
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?		NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI	
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI	
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	SI	
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?		NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI	
21	¿Se siente lleno de energía?		NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI	
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI	
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI	
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?		NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?		NO

30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?		NO
----	--	--	-----------