



UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

SINTOMAS DE DEPRESION EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL
SERVICIO DE GERIATRIA DEL
COMPLEJO HOSPITALARIO
METROPOLITANO DE LA CAJA
DE SEGURO SOCIAL

Por:

Psic. Enrique A. Warner W.

Trabajo de Graduación
presentado a la Escuela
de Salud Pública, para
optar por el título de
Maestría en Salud
Pública, con
especialización en
Epidemiología.

PANAMA, 1993

T.H.

AGO - 9 1993.

La tesis titulada "Síntomas de Depresión en Pacientes Atendidos en el Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social", presentada por el Psicólogo Enrique A. Warner W., para optar al grado de Maestría en Salud Pública, ha sido aprobada por el selecto jurado conformado por los profesores:

Director de tesis *Jaime Burgos*

Miembro del jurado *J.M.S.*

Miembro del jurado *Jorge Saenz*

Representante de la Vicerrectoría de Investigación y Post Grado *Alfonso Samad*

Fecha 16 / VII / 93

Obs. del autor

264601

9 AGO 1993

DEDICATORIA

... "Hay una bioquímica del cerebro humano, pero actúa en respuesta al ambiente". De esa respuesta humana hay, pues que ocuparse, sin olvidar que la ciencia que se ocupa de ella es la Psicología.

Goodwin

A todas aquellas personas que
me han brindado la oportunidad
de crecer...

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento al Profesor Jaime Arroyo S., bajo cuya dirección he realizado la investigación que presento. Su guía y constante estímulo, fueron fundamentales para la feliz culminación de este trabajo.

Me complace también agradecer a los Profesores Eloy Gibbs y Vicente Bayard, por sus sabias orientaciones y oportunos consejos.

A los Doctores Luis Carrillo, Luis Lee, Frank Ferro y Viterbo Osorio, así como al equipo técnico del Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, por su desinteresada cooperación, que hicieron posible la realización de este estudio.

Finalmente a todas las personas que nos brindaron su valioso apoyo de una u otra manera.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
TITULO	i
APROBACION	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	v
TABLA DE CONTENIDO	vii
INDICE DE GRAFICAS	xii
INDICE DE CUADROS	xiii
RESUMEN	xv
INTRODUCCION	xviii
CAPITULO	
I. MARCO CONCEPTUAL	1
A. NATURALEZA DEL PROBLEMA	2
B. OBJETIVO GENERAL	4
C. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
D. DEFINICION DE TERMINOS	5
E. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	6
II. MARCO TEORICO	8
A. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	9
1. Envejecimiento biológico y	
fisiológico	11
a. Apariencia física	12
b. Sistema cardiovascular	13

c. Sistema respiratorio	13
d. Sistema gastrointestinal	14
e. Sistema excretor	14
f. Sistema endocrino	15
2. Envejecimiento psicológico	15
a. Sensaciones y percepción	16
b. Inteligencia	18
c. Memoria	19
d. Emociones	20
B. TRASTORNOS FISICOS MAS FRECUENTES	21
1. Hipertensión arterial	21
2. Enfermedad degenerativa articular	22
3. La Diabetes	23
4. Accidente cerebrovascular	23
C. TRASTORNOS MENTALES MAS FRECUENTES	24
1. Depresión	25
2. Estados confusionales agudos	26
3. Demencia	27
4. Neurosis	27
D. DEPRESION EN LA TERCERA EDAD	28
1. Teorías de la depresión	30
a. Teoría psicoanalítica de la depresión	30

b. Teoría conductista de la depresión	31
c. Teoría cognitiva de la depresión	32
(1) Triada cognoscitiva	32
(2) Esquemas	32
(3) Procesamiento erróneo de la información	33
d. Teoría social de la depresión	33
e. Teoría endocrina de la depresión	34
2. Síntomas y signos de depresión	35
a. Síntomas	36
(1) Síntomas emocionales	36
(2) Síntomas cognoscitivos	37
(3) Síntomas físicos	37
(4) Síntomas volitivos	37
b. Signos	37
3. Escalas para medir depresión	38
a. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)	40
4. Tratamiento de la depresión	44

	Página
III. METODOLOGIA	48
A. TIPO DE ESTUDIO	49
B. SUJETOS	49
C. VARIABLES	49
D. INSTRUMENTOS	50
E. ESCENARIO	51
F. PROCEDIMIENTO	52
IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	60
A. RESULTADOS GENERALES	61
1. Pacientes atendidos por los geriatras	61
2. Pacientes referidos al investigador	62
a. Sexo	62
b. Edad	64
c. Estado civil	66
d. Escolaridad	67
e. Estado de salud	71
f. Personas con las que vive el paciente	73
B. RESULTADOS DE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS COMO DEPRIMIDOS	75
1. Pacientes identificados por la escala a. Sexo	75

	Página
b. Edad	78
c. Estado civil	78
d. Escolaridad	80
e. Condición de salud	84
f. Personas con las que vive el paciente	87
g. Resultados de la Escala GDS	90
2. Pacientes identificados por los doctores	91
a. Sexo	92
b. Edad	92
c. Síntomas identificados . . .	92
C. DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS POR LOS MEDICOS Y LA ESCALA G.D.S.	93
D. RESULTADOS DE LA SEGUNDA APLICACION DE LA ESCALA G.D.S.	96
1. Pacientes que mejoraron	97
2. Pacientes que no mejoraron . . .	98
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	101
APENDICE	107
BIBLIOGRAFIA	111

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica NO		Página NO
1	Pacientes investigados en el Servicio de Geriatria según sexo. Año 1991.	63
2	Edad de los pacientes investigados en el Servicio de Geriatria. Año 1991.	66
3	Pacientes deprimidos identificados por la Escala G.D.S. en el Servicio de Geriatria según sexo.	77

INDICE DE CUÁDROS

Cuadro Nº	Página Nº
1	Camino crítico de la aplicación de la prueba G.D.S. a los pacientes del Servicio de Geriatria 55
2	Distribución según sexo y edad de la muestra de pacientes atendidos en el Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M., Año 1991 65
3	Estado civil de la muestra de pacientes estudiados en el Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M., Año 1991 68
4	Nivel de escolaridad de la muestra de pacientes atendidos en el Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M., Año 1991 70
5	Distribución según número de trastornos diagnosticados a los pacientes del Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M., Año 1991 72
6	Personas que viven con los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M., Año 1991 74
7	Tasa de depresión según el sexo de los pacientes estudiados en el Servicio de

	Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	76
8	Tasa de depresión según edad de los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	79
9	Tasa de depresión según el estado civil de los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	81
10	Tasa de depresión según el nivel de escolaridad de los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	83
11	Tasa de depresión según el número de trastornos diagnosticados a los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	85
12	Tasa de depresión según las personas que viven con los pacientes estudiados en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	88
13	Deprimidos según Geriatras y la Escala G.D.S. en el Servicio de Geriatría del C.H.M. A.A.M., Año 1991	95

RESUMEN

La investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia de pacientes de la Tercera Edad que presentan trastornos depresivos y asisten a los servicios geriátricos por otros trastornos. El objetivo principal fue determinar si existe una alta prevalencia de gerontes con síntomas depresivos que acuden a la consultas geriátricas. Y observar el registro de los síntomas y signos que manifiestan.

El método utilizado fue el descriptivo, de campo y de corte transversal.

La muestra investigada estuvo conformada por ciento tres gerontes de ambos sexos, en edades comprendidas entre los sesenta y los noventa y siete años.

Se utilizó la forma abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica (G.D.S.) y una ficha de datos clínicos elaborada especialmente para el estudio, que debía ser llenada por los médicos tratantes.

El estudio comprendió un período de seis meses. Los resultados se presentan por medio de proporciones y tasas. Y del análisis de los mismos podemos resaltar que los gerontes mayores de noventa años de edad y los que padecen de polimorbilidad, presentan las tasas más altas de depresión.

Por otro lado los gerontes que viven con sus compañeros o cónyuge son los que registran las tasas más bajas de depresión.

Los síntomas de depresión que mayormente manifiestan los

gerontes son los emocionales y cognitivos.

Finalmente podemos concluir que la prevalencia de depresión en los gerontes que acuden al Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M. es del 30%.

No se registran diferencias en las tasas de depresión por sexo, siendo estas del orden del 30% para ambos sexos.

Recomendamos la utilización de la escala G.D.S., para la vigilancia del estado de ánimo de los gerontes y la incorporación de un Psicólogo en el equipo interdisciplinario que labora en el Servicio de Geriatria, a fin de que brinde el tratamiento oportuno a los gerontes deprimidos.

INTRODUCCION

Los estudios demográficos, más recientes, registran un aumento importante en la población de edad avanzada (1) (2) (3). La población, mundial, de más de 60 años en 1970, era aproximadamente de 290 millones y en el año 2,000 se estima que será de 584 millones. En los países más desarrolladas era de 153 millones en 1970 y será aproximadamente de 231 millones en el año 2,000.

Sin embargo, en los países en vías de desarrollo era de 137 millones en 1970, y se estima que será de 353 millones en el año 2,000. Así, mientras que en el mundo desarrollado la población de edad avanzada aumentará en un 50% en los países en vías de desarrollo aumentará en 158%.

En Panamá la población de más de 60 años era 81,144 habitantes en 1970, 120,622 habitantes en 1980, 176,465 habitantes en 1990 y será de 224,000 habitantes para el año 2,000; por tanto es absolutamente indispensable que el profesional de la salud conozca los aspectos psicológicos y psicopatológicos de la tercera edad.

Uno de los trastornos psicopatológicos, considerado de suma importancia en la tercera edad son los síntomas y trastornos depresivos. Un número plural de estudios epidemiológicos han establecido que la frecuencia de los cuadros depresivos aumenta con la edad (1). Así Ciompi considera la depresión como enfermedad típica de la vejez. Y

este tipo de trastornos supera en personas de edad avanzada, a los cuadros psicopatológicos asociados con cambios estructurales del tejido cerebral.

Esta alta frecuencia puede deberse a las constantes luchas contra las pérdidas que sufren las personas de la tercera edad. Pérdida de la salud, el vigor, las oportunidades, la fuerza, la potencia física y mental, los amigos, el cónyuge y las redes de apoyo. El doctor H.E. Lehmann (4), opina que los ancianos padecen un doble riesgo, de padecer trastornos depresivos, pues el proceso de envejecimiento reduce, la capacidad de adaptarse y de resistir, al aumentar las tensiones de la vida.

El riesgo de la depresión aumenta al disminuir la capacidad de tolerar los motivos de tensión biológicos y psicosociales. Por consiguiente, la incidencia de la enfermedad depresiva es mayor en la vejez.

Ayuso, en el año de 1979 (1) realizó una investigación en la cual identificó los factores desencadenantes de la depresión en la tercera edad. Estos factores se dividieron en dos grandes grupos:

1. **Situacionales**, incluyen fallecimiento de familiares de primer grado o cónyuges; situaciones de cambio de residencia o en la estructura familiar y económico-laboral.
2. **Somáticos**, comprenden enfermedades físicas,

traumatismos, intervenciones quirúrgicas, y depresión farmacógena.

Cuarenta y cuatro estudios epidemiológicos revisados por Dohrenwend (5), garantizan la existencia de una relación entre la cantidad y calidad de los episodios vitales críticos y los trastornos depresivos, entre ellos la pérdida de los seres queridos, la marcha de los hijos, la reducción de los ingresos etc. Situaciones para a las cuales los ancianos no están debidamente preparados, y por consiguiente desencadenan cuadros depresivos.

En el año de 1975 el doctor Norman Sartorius, director de la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, estimaba que en el mundo habían por lo menos cien millones de personas que sufrían de alguna forma clínica reconocible de depresión; que relacionados con ellos existían otros tres tantos que eran afectados y sufrían por ella, y lo que es peor, era que el problema tendía a aumentar para los años venideros por diversos motivos, entre ellos: el aumento del promedio de la expectativa de vida en todos los países, lo que incrementa el porcentaje de personas con un mayor riesgo de presentarla. El rápido cambio del ambiente psicosocial que permite la exposición cada vez mayor del individuo y de grupos sociales a un ambiente tensionante intenso y creciente como el que se presenta en situaciones de desarraigo, desintegración familiar, aislamiento social e información sobrecargada, lo

que predispone a un aumento en la prevalencia de algunos tipos de trastornos psiquiátricos, muchos de los cuales son de tipo depresivo.

Estas consideraciones nos motivaron a investigar cuál era la magnitud de los trastornos de depresivos en los gerontes panameños y que tipo de tratamiento recibían. Para ello estudiamos una muestra de pacientes, correspondiente a un mes de consulta, en el Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social. Se les administró la Escala de Depresión Geriátrica G.D.S. y se indagaron algunas variables psicosociales.

En el primer capítulo del presente trabajo de investigación se presentará el Marco Conceptual sobre el cual se fundamenta el estudio. En el capítulo segundo se hará una revisión crítica de la bibliografía referente al tema. En el capítulo tercero se explicará en detalle la metodología utilizada. En el capítulo cuarto se presentarán y discutirán los resultados. Y finalmente en el capítulo quinto se presentarán las conclusiones y recomendaciones.

Capítulo I

MARCO CONCEPTUAL

A. NATURALEZA DEL PROBLEMA.

Los estados depresivos representan uno de los problemas de salud más importantes y frecuentes entre los gerontes. Según, Gurland (6), la depresión es el estado emocional más frecuentemente ignorado por los profesionales de la salud, pero que es necesario distinguir del proceso de envejecimiento normal. Por tanto, el reconocimiento adecuado y oportuno de los estados depresivos en las personas de la tercera edad, es competencia de todos los profesionales de la salud a los que acuden estas personas en busca de ayuda.

Los servicios de geriatría y gerontología son a los que con mayor frecuencia acuden los pacientes que padecen de episodios depresivos, esto es así, debido tal vez, a la sintomatología que acompaña a los estados depresivos, o puede ser que presenten algún grado de depresión enmascarada por síntomas físicos; y al estereotipo que existe de acudir a los servicios de salud mental, que son vistos como servicios para "locos". Puesto que esto es así Cutler y Heiser (7), recomiendan que todos los pacientes geriátricos deben ser evaluados rutinariamente para poder detectar oportunamente trastornos depresivos y aplicar los correctivos.

Estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos, entre los años de 1979 a 1987, con pacientes de cuidados ambulatorios, determinaron que la prevalencia de trastornos depresivos en estos pacientes oscila entre el 4.8%

al 9.2% (8).

En otro estudio realizado a 220 pacientes geriátricos hospitalizados en 1986, se encontró que el 8% de estos pacientes padecían de depresión mayor y el 22% de desórdenes distímicos.

En un estudio realizado en 1981, en la comunidad de Rafael, México, por el Centro de Salud Mental Comunitario, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos de 27.8% en personas mayores de 60 años, y de 25.5% en personas de 55 a 59 años. Estas cifras son altas, si se considera que la muestra total de población fue de 14.1% (1).

Un estudio realizado en Panamá realizado por el programa de Salud Mental de la Caja de Seguro Social en 1988, se pudo determinar que la depresión neurótica y psicótica son los trastornos mas frecuentemente diagnosticados en personas mayores de 50 años.

Por otro lado, la prevalencia de síntomas depresivos encontrada en pacientes del Instituto Oncológico Nacional fue del 28% , y la prevalencia de síntomas depresivos encontrada entre la población del Corregimiento de Santa Ana (Panamá) fue del 17% (9).

Un número plural de estudios entre ellos el de Justin, 1986; Weissman et al, 1980; Wright, 1980; Nielsen, 1980 y Zung, 1983, entre otros (8), han demostrado que es el trastorno psiquiátrico encontrado con mayor frecuencia en los

servicios de atención primaria.

Los síntomas depresivos son los que más prevalecen en los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria y sobre todo en los pacientes geriátricos; en otras latitudes es de suma importancia para salud pública el estudio de esta problemática que de ser diagnosticada y tratada oportunamente, en nuestro medio, contribuirá a mejorar la calidad de vida de nuestra población gerontológica.

Estas consideraciones dan lugar a la formulación de las siguientes interrogantes:

1. Determinar la proporción de pacientes de la tercera edad que presentan trastornos depresivos y asisten a los servicios geriátricos por otras patologías.
2. Conocer, cuántos de estos pacientes son identificados y registrados como depresivos en el diagnóstico clínico.
3. Y conocer el tipo de tratamiento que se administra a estos pacientes y los resultados de dicho tratamiento.

B. OBJETIVO GENERAL.

El objetivo de esta investigación es determinar si existe una alta prevalencia de gerontes con síntomas depresivos que acuden a las consultas geriátricas. Y observar el registro de los síntomas y signos que manifiestan.

C. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar la prevalencia de pacientes con síntomas depresivos que acuden a la consulta geriátrica.
2. Introducir el uso de una Escala Geriátrica de Depresión, que ayude a identificar pacientes con síntomas depresivos.
3. Conocer cuáles son los síntomas de depresión que reconocen los médicos geriatras.
4. Observar cuál es el tratamiento suministrado a los pacientes con síntomas depresivos.

D. DEFINICION DE TERMINOS.

1. **Confiabilidad**: Se refiere al grado de consistencia de una técnica de medición. Una técnica confiable brinda medidas similares después de mediciones repetidas en condiciones semejantes.
2. **Depresión**: Trastorno de la vitalidad cuyos síntomas más importantes son la tristeza, la apatía, la falta de ilusión por la vida, los sentimientos de culpa y, en los casos más graves, las ideas y/o tendencias suicidas.
3. **Especificidad**: Es la probabilidad de que un procedimiento arroje resultados negativos cuando la enfermedad está ausente (diagnóstico correcto de ausencia de enfermedad).

4. Geriatría: Método de estudio para el tratamiento de las personas mayores; parte de la medicina que se ocupa de los cuidados médicos e higiénicos de los ancianos.
5. Geronte: Término derivado del griego que designa a una persona que tiene muchos años.
6. Sensibilidad: Es la probabilidad de que un procedimiento arroje resultados positivos cuando la enfermedad está presente (diagnóstico correcto de patología).
7. Valor Predictivo Positivo: Es la probabilidad de que la enfermedad esté presente cuando el resultado del procedimiento es positivo.
8. Validez: Es el grado hasta donde una medida refleja realmente lo que pretende medir.

E. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES.

La investigación se limitará al estudio de una muestra de pacientes que acudieron al servicio de geriatría del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid durante el período de un mes de consulta.

La información referente al estado de salud de los gerontes será tomada de una guía de informe clínico diseñada especialmente para este estudio, que fue contestada por el médico tratante.

La presencia de síntomas fue evaluada mediante la Escala Geriátrica de Depresión (G.D.S.)

Entre las delimitaciones del estudio podemos mencionar la imposibilidad de la revisión de la historia clínica de los pacientes, debido a las restricciones que se imponen sobre los registros.

Los gerontes que conformaron la muestra sólo podían ser evaluados después que el médico tratante los examinara.

La Escala Geriátrica de Depresión fue traducida al español, para la realización del estudio y no cuenta con medidas de sensibilidad y especificidad para personas de habla hispana. No obstante se estimó su sensibilidad y especificidad en una muestra de 41 gerontes panameños.

Capítulo II

MARCO TEORICO

A. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso que comprende los aspectos biológicos, fisiológicos y psicológicos del individuo, por ende un proceso biofisiopsicológico (10).

Este proceso es el resultado de una sucesión de modificaciones fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible, que se inicia mucho antes que se evidencien en el individuo, dándole el aspecto de viejo. Si esto es así, se podría decir que el envejecimiento es un proceso que inicia inclusive antes del nacimiento y culmina con la muerte. No obstante, en la revisión bibliográfica al utilizar el término de envejecimiento o vejez, nos referiremos al proceso que tiene lugar en las últimas etapas de la vida, a los 60 años o más.

El término envejecer se relaciona equivocadamente, con enfermedad. Nassar y Abarca (11) señalan que no existe enfermedad del viejo, sino que en el proceso de envejecimiento, las enfermedades se acentúan, debido al deterioro normal y a la actitud del viejo ante el proceso que vive. En este sentido muchas de las enfermedades asociadas con el envejecimiento, se relacionan con una historia personal no muy reciente.

La enfermedad en el viejo no surge de pronto, aislada de lo que ha sido su vida. El hecho de ser viejo, tampoco implica

que debe ser enfermo. La enfermedad en la vejez es el resultado de un proceso de desgaste de energía, de deterioro, dadas las condiciones fisiológicas de la persona (11).

La enfermedad puede surgir como consecuencia del desgaste de las capacidades físicas y emocionales, pues han sido utilizadas a lo largo de la vida.

Aún no se conocen las causas que llevan al hombre a envejecer; en la historia del envejecimiento humano (12), prevaleció la idea de que el envejecer y la muerte se podían evitar. Las culturas (Asiria, Egiptia, Babilónica, etc.) vivían en la creencia, que así como las culebras al despellejarse la piel vieja, iba a surgir la renovación de una nueva vida. Fue así, como el símbolo de la culebra con la cola llegó a representar eternidad y a ser utilizado como emblema de curación.

Se han emitido teorías que pretenden explicar la etiología del envejecimiento, pero la que parece satisfacer mejor la exigencias del pensamiento científico es la Teoría Termodinámica (10). Esta teoría considera al organismo como un sistema en constante actividad, la cual requiere consumo de energía y está sujeto a las leyes de la termodinámica. El hombre como ser vivo que es intercambia energía con el medio. De tal forma que el envejecimiento viene a ser una forma de adaptación para sobrevivir, es decir, el resultado de la influencia directa o indirecta, de los múltiples estímulos

provenientes del medio que convergen en la estructura genética del hombre.

Así pues, se podría decir, que el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo y de factores ajenos a él. Es un proceso en el cual las disponibilidades, facultades y posibilidades del individuo de enfrentarse con una situación nueva ya sea de orden biológico, psicológico o social se ve afectada. Se va presentando una merma paulatina de los mecanismos homeostáticos. Y debido a la cada vez menos eficiente regulación homeostática, la persona de edad avanzada es presa probable de las enfermedades.

1. Envejecimiento biológico y fisiológico

El envejecimiento biológico es un proceso de cambios del organismo que, con el tiempo, disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y adaptación de las demandas ambientales (13). Los cambios comienzan a nivel genético y celular, para a la larga evidenciarse a nivel sistémico. No obstante, no todos los sistemas envejecen a la misma velocidad. La apariencia, el sistema cardiovascular, el respiratorio, el gastrointestinal, el reproductor y el nervioso pueden presentar variaciones considerables respecto a los

efectos de la edad en el mismo individuo.

A continuación señalaremos algunos de los cambios más significativos que tienen lugar con el envejecimiento.

a. Apariencia física

Los cambios relacionados con la apariencia física parecen ser los más obvios durante el proceso de envejecimiento: El encanecimiento del cabello, podría ser el resultado de la carencia de una enzima determinada o de la disminución de las células que producen pigmentos (Carstensen et al., 1989). Parte del cuero cabelludo, se pierde tanto en el hombre como en la mujer, pero algunos hombres muestran un patrón de calvicie hereditario. Hay cambios en las fibras elásticas y del colágeno, haciendo que la piel sea menos flexible y se vuelva más delgada y seca. Por otro lado se observan ligeras modificaciones en la talla; en general no más de 2.5 cm en los hombres y menos de 5 cm en las mujeres. Esto es debido a una alteración de la postura, a una disminución de los discos intervertebrales y a una pérdida de agua de los mismos (Tonna en Carstensen et al., 1989).

b. Sistema cardiovascular

El aspecto del corazón cambia con la edad, el colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble. La grasa se deposita gradualmente sobre la superficie cardíaca y hay un aumento progresivo de la víscera (13).

Los cambios arteriales que ocurren incluyen la redistribución de la elastina en las paredes arteriales, la unión del calcio a la elastina, un incremento del contenido de colágeno y una acumulación de lípidos en las arterias. No obstante, a medida que las arterias disminuyen de calibre, la tensión arterial tiende a aumentar. También existe una tendencia a la disminución del flujo sanguíneo hacia los vasos periféricos, la disminución se hace más evidente en los riñones y en los pies y las manos.

c. Sistema respiratorio

A medida que el individuo envejece, la caja torácica se vuelve cada vez más rígida, las fibras musculares se hacen más pequeñas y disminuyen en número. Como resultado, la pared torácica no se expande tanto con cada respiración y los pulmones captan menos aire. El aspecto de los pulmones

cambia con los años a medida que las partículas de carbón se adhieren a los mismos. El cartílago de la tráquea y de los bronquios se calcifica, lo que incrementa su rigidez (Kocke en Carstensen et al., 1989).

d. Sistema gastrointestinal

Los intestinos segregan generalmente las mismas enzimas, pero en cantidades más pequeñas. El tejido muscular podría atrofiarse, pero sin un efecto evidente para la capacidad del intestino de absorber nutrientes. La constipación es una queja frecuente entre las personas de edad avanzada, probablemente causada por una disminución de la ingesta de líquidos, una dieta pobre en fibras y la falta de ejercicio (13).

e. Sistema excretor

La capacidad vesical disminuye con la edad y las infecciones del tracto urinario se incrementan (Rockstein y Sussman en Carstensen et al., 1989). El envejecimiento de los riñones comienza más o menos a los 30 años, cuando el riñón empieza a disminuir de tamaño y a los 90 años han perdido un tercio de su peso.

f. Sistema endocrino

El envejecimiento puede afectar el sistema endocrino a distintos niveles. Podría conducir a una disminución de la secreción hormonal de las glándulas o a una falta de respuesta en las hormonas en los receptores. Podrían existir cambios en el segundo mensajero que transmite las señales hormonales o a nivel de las enzimas necesarias para llevar a cabo actividades relacionadas con las hormonas.

2. Envejecimiento psicológico

El envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas tales como la inteligencia, aprendizaje y memoria. Generalmente se cree que los cambios biológicos son la fuente de las modificaciones psicológicas, pero no hay que dejar de lado el papel que desempeñan los factores psicológicos y sociales (Birren en Carstensen et al., 1989). Así, tenemos, que en el plano psicológico, la experiencia previa puede mitigar o exagerar los cambios influenciados biológicamente. En el plano las normas y expectativas de los roles y funciones que deben desempeñar las personas de edad avanzada, así como las oportunidades de interacción social pueden

influir en el funcionamiento psicológico.

A continuación describiremos las principales cambios psicológicos que tienen lugar con el envejecimiento.

a. Sensaciones y percepción

Los cinco sentidos declinan en sensibilidad con la edad. Los cambios que ocurren en la visión incluyen la miosis (disminución del tamaño de la pupila), debilitación de los músculos que controlan la dilatación (Fozard, Walf, Bell, McFarland y Podolsky en Carstensen et al., 1989). La acomodación de la pupila es más lenta en respuesta a los cambios de iluminación, el cristalino se vuelve amarillo y más grueso. Esto, trae como consecuencia que las personas de edad avanzada requieran más iluminación que las personas de 20 años para discernir un objetivo en presencia de una luz deslumbradora (Fozard y Popkin en Carstensen et al., 1989). Además, en la edad avanzada hay una tendencia mayor a los procesos patológicos como el glaucoma, las cataratas y la degeneración macular. Junto con los cambios de las funciones sensoriales, existen modificaciones de la percepción visual. Estos incluyen un aumento del tiempo para la adaptación completa a la oscuridad, una disminución

a la sensibilidad a los colores, una percepción profunda más pobre y una mayor sensibilidad a las ilusiones ópticas (McFarland, Domey, Warren, 1960; Ward, Dalderub y Fredericks, 1969; Bell, Walf y Berholz, 1972; Lorden, Atkeson y Pollack, 1979) (13).

En cuanto a la audición empieza a declinar desde los 25 años. La discriminación del tono, en particular se deteriora equilibradamente hasta los 55 años, después cae marcadamente para las frecuencias más altas (Corso, 1977 en Carstensen et al, 1989). Una consecuencia del declive de la percepción auditiva es la dificultad en la percepción del lenguaje, sobre todo en la que las frases se interrumpen o se efectúan más rápidamente de lo normal (Bergman, Blumenfeld, Cascardo, Dask, Levitt y Margulies en Carstensen et al, 1989). La sensibilidad olfativa puede declinar con la edad, a medida que los bulbos olfatorios de la mucosa nasal se atrofian. El olfato y el gusto están íntimamente relacionados y aunque el número de yemas gustativas disminuye ligeramente durante la edad adulta, no hay pruebas de cambios significativos antes de los 75 años (Arvidson en Carstensen et al, 1989). No debe descartarse que las deficiencias auditivas y

visuales hoy día pueden mejorarse, con anteojos y audífonos, traduciéndose en mejor adaptación del geronte al medio.

En cuanto a la sensibilidad al dolor existe una disminución del número de receptores y su sensibilidad individual disminuye. Kenshalo (1977) (13), señala que los adultos entre 60 y 70 años parecen ser menos sensibles a una presión ligera sobre las palmas y los dedos que las personas más jóvenes.

b. Inteligencia

Mishara (14) señala que la inteligencia, tal como la definen los test de inteligencia disminuye con la edad, a partir de la mitad de la veintena de años. La dificultad existe en precisar la naturaleza exacta de la pérdida, lo que contribuye a su aceleración y reducción, así como los medios que hay que emplear para paliar los efectos negativos.

Horn y Cattell (en Mishara 1986 y Carstensen, 1989) (13) (14) postulan que hay dos tipos de inteligencia, una fluida y otra cristalizada. La inteligencia fluida es la capaz de resolver problemas nuevos y la inteligencia cristalizada la

que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores. Por consiguiente, la inteligencia fluida, que depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, disminuiría con los años, mientras que la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de experiencia, aumentaría con los años. En pocas palabras esta teoría sugiere que la mecánica de la inteligencia que facilita la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades declina, mientras que el conocimiento adquirido previamente no se afecta de forma severa.

c. Memoria

Quizá la creencia más extendida sobre el envejecimiento es que existe un declive de la memoria, pero, como con otras aptitudes, el cambio no es tan marcado como se había creído. Carstensen (13) señala que en parte la expectativa de la pérdida de memoria es el resultado de juzgar la demencia como el efecto del envejecimiento más que como una enfermedad.

Las recientes investigaciones sobre el envejecimiento y la memoria dan cuenta de un modelo de la misma que comporta tres etapas: la entrada de

datos, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo (Arenberg, 1973; Craik, 1977; Elias, Elias y Elias, 1977 en Mishara) (14) . Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. En otras palabras en ausencia de demencia los cambios de la memoria son relativamente leves. Aunque las personas de edad avanzada tienen desventajas respecto a ciertos tipos de memoria: la responsable de la entrada de datos.

d. Emociones

Hasta el presente no existe prueba alguna de que la vida afectiva de los gerontes sea mejor o peor que la de los individuos más jóvenes. Aunque la afectividad ocupa un lugar importante en psicología, los trabajos de investigación sólo la mencionan de pasada. Investigadores como Greene, LeShan, Worthington, Schmale e Iker (14), han presentado datos encaminados a demostrar que el stress prolongado, la represión de emociones y la depresión se encuentran asociados con la aparición de enfermedades. Sin embargo no se ha determinado si dichos estados constituyen el origen de la

enfermedad, o bien si son su consecuencia natural.

En general podemos señalar que existen cambios fisiológicos y psicológicos con la edad, pero estos cambios no son tan severos que limiten al geronte y lleven a asociar el envejecimiento como sinónimo de enfermedad.

B. TRASTORNOS FISICOS MAS FRECUENTES

En las diferentes etapas de la vida aparecen algunos trastornos físicos y psicológicos que se identifican como típicos de la edad por la cual se atraviesa. La vejez no escapa a estos trastornos o enfermedades, que a continuación describiremos de una manera sucinta los cuatro trastornos que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes investigados, en el presente estudio y que se asemejan a las causas mas frecuentes de consultas en personas de edad, según informe del Programa de Salud de la Tercera Edad del Ministerio de Salud, 1990.

1. Hipertensión Arterial

En todas las edades, pero en particular en la sexta década de la vida, la hipertensión constituye causa de preocupación, sobre todo por ser incapacitante y predisponer al organismo a otros padecimientos cardiovasculares (10). En el 30% de pacientes de más de 65 años se produce hipertensión (Stamler, Staimer,

Reidlinger, Algera y Roberts en Carstensen) (13). En un estudio realizado en el año de 1990, por estudiantes del VI semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Panamá, se encontró que el 65% de la población mayor de 60 años estudiada, padecía de hipertensión (15).

La hipertensión se define en este grupo de edad como una presión sanguínea sistólica mayor a los 160 mm de Hg y una presión diastólica mayor a los 90 mm de Hg (13).

2. Enfermedad degenerativa articular

La artrosis o enfermedad degenerativa articular, es una afección crónica de las articulaciones, de naturaleza degenerativa, no inflamatoria (10). Los síntomas usuales son dolor que no cede con el reposo, rigidez y crepitaciones articulares. En los casos incipientes los síntomas principales son la crepitación y el dolor, que genera limitación voluntaria de ciertos movimientos, como subir escaleras. En las etapas más avanzadas, puede instalarse una deformidad en genu varum o genu valgus, por la afección del sector medial de la articulación, ocasionando un grave problema de equilibrio.

Las articulaciones más afectadas son las que soportan mayor peso corporal, a saber: las rodillas, caderas, articulaciones sacroiliacas, entre otras.

3. La Diabetes

La diabetes se conceptúa como una enfermedad del metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas (10). Es una enfermedad hereditaria que consiste en la incapacidad del organismo para utilizar los alimentos adecuadamente. Es causada por una insuficiente producción de insulina o bien por la interferencia sobre la actividad de esa sustancia en el organismo. La herencia es el factor decisivo en esta enfermedad, por ello la historia natural de la diabetes se remonta hasta el nacimiento y se prolonga hasta la vejez.

4. Accidente cerebrovascular

Los accidentes vasculares cerebrales, se producen secundariamente al compromiso del suministro sanguíneo al tejido cerebral (16). Se estima que aproximadamente el 80% de los accidentes cerebrovasculares (ACV) son el resultado o bien de un trombo (coágulo de sangre) o de un ateroma (acumulación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos). La hemorragia, como consecuencia de la ruptura de un vaso sanguíneo cerebral, representa el restante 20% de ACV (Rockstein y Sussman, 1979 en Carstensen et al, 1990) (16) . El ACV suele iniciarse en forma aguda, comúnmente conocida como ataque, pero esto no excluye la posibilidad de un

comienzo gradual e insidioso. Y en términos generales, se trata de un padecimiento que origina deficiencias neurológicas de larga duración en las que se incluyen hemiplejía, trastornos del habla, pérdida de los sentidos y hemiparesia (10). La incidencia de los ACV tiende a incrementarse con la edad. La frecuencia de ACV por 1,000 habitantes es de 60 para el grupo entre 65 y 74 años de edad, y de 95 para el grupo entre 75 y 84 años de edad (Wolf, Dawber, Thomas, Colton y Kanel en Carstensen, 1990).

C. TRASTORNOS MENTALES MAS FRECUENTES

El envejecimiento como proceso normal, no escapa a algunos grados de deterioro patológico en la esfera psicológica y mental. La relación entre la buena salud mental y la buena salud física pareciera ser que radica en que es mucho más fácil sentirse bien consigo mismo y con el mundo cuando se está libre de dolor, de incapacidad y preocupaciones acerca del futuro. Si se toma en cuenta el amplio espectro emocional que experimenta el hombre en esta etapa de su vida - matizada de pérdidas de salud física, cónyuge, amigos, status social etc.- que pueden afectar la salud mental del geronte.

Da Costa (17) señala que entre los trastornos emocionales más frecuentes en la tercera edad están: la depresión, los estados confusionales agudos, las demencias y las neurosis.

1. La Depresión

Este trastorno se puede presentar de manera directa o enmascarada, siendo más frecuente en las mujeres, en una proporción de 3:1, correspondiendo el mayor porcentaje a Depresiones Neuróticas y Reactivas (Da Costa, 1991).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado (DSM-III-R), define la Depresión con los siguientes criterios:

Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia o notable pérdida de asociaciones):

- 1) estado de ánimo deprimido;
- 2) notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales;
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin haber ningún régimen (más de un 5% del peso corporal en un mes);
- 4) insomnio o hipersomnia casi todo el día;
- 5) agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día;
- 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día;
- 7) sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día;
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión, casi cada día;
- 9) ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. (18)

Y la Décima Revisión de la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-10) define la Depresión con los siguientes criterios:

...En los episodios depresivos, leve, moderado o grave, el sujeto que los padece sufre un descenso de su estado de ánimo, una disminución de su vitalidad y una reducción de su nivel de actividad. También están afectadas la capacidad de disfrutar de las cosas, así como el interés y la concentración, un cansancio exagerado aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos los trastornos del sueño y la pérdida del apetito y casi siempre disminuyen durante ellos la confianza y la estima de sí mismo e, incluso en las formas menores, aparecen ideas de culpa e inutilidad, el futuro se ve como sombrío y son frecuentes los pensamientos y actos suicidas... En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los 3 grados de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos 2 semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.(19)

Las manifestaciones clínicas más frecuentes de la depresión en la tercera edad son: Tristeza, pérdida de interés por las cosas o actividades, ansiedad, disminución de la autoestima, alteración de la atención y concentración.

2. Estados Confusionales Agudos

Este trastorno tiene una aparición brusca, dura días o semanas, siendo necesario realizar el diagnóstico diferencial con Demencia Senil o Psicosis Funcionales.

Los factores etiológicos son variados pudiendo

provenir de enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos, toxinas exógenas o traumatismos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: trastorno de la conciencia (obnubilación), desorientación tempoespacial, trastornos de la memoria, juicio y concentración.

3. Demencia

La demencia se define como la pérdida de habilidades intelectuales de suficiente gravedad como para interferir en el funcionamiento ocupacional y social acompañado de pérdida de memoria, pudiendo presentar ataxia, apraxia y afasia.

La demencia se puede clasificar en: Demencias Degenerativas Puras (Alzheimer), Demencias Vasculares (multiinfarto) y demencias mixtas (17).

4. Neurosis

Todas las neurosis se presentan en la tercera edad, pero la más frecuente es la de Ansiedad. Se caracteriza por miedo a salir solo, miedo a subir elevadores, sudoración, temblor, visión borrosa, resequedad de la boca y quejas somáticas

De todos estos trastornos, la depresión parece ser el más

frecuente así lo señalan Gurland y Epstein en Kalish, 1992 (20); Brink y Yesavage, 1982 (7); Ciombi en Calderón, 1985 (1); Langarica, 1987 (10); Carstensen y Edelstein, 1989 (13); Domene y Ferrer 1989; Georgotas en Jenik, 1989 (21); Rubin, 1991 (22). Y por ser el objetivo de esta investigación, el estudio de la depresión y sus síntomas, pasaremos a hacer una revisión detallada de la misma.

D. DEPRESION EN LA TERCERA EDAD

Los seres humanos experimentan altibajos en sus vidas sin sucumbir a prolongados estados de euforia o depresión. El proceso de envejecimiento representa un desafío especial, con un posible aumento de súbitos e irreversibles declives de la salud física o de progresiones lentas pero inexorables de enfermedades crónicas entremezcladas con la pérdida de amigos, de la familia y de la autonomía, que pueden contribuir a que prevalezca un prolongado estado de depresión en los gerontes. Es por ello que envejecimiento y depresión a menudo tienden a confundirse.

Los médicos no psiquiatras omiten a menudo el diagnóstico de los casos de trastornos psíquicos; hay estudios que señalan que la proporción de casos inadvertidos oscila entre el 12 y el 16% (Dillings et al. y Gaspar en Kielholz, 1983) (23). Y si tomamos en cuenta que la depresión es nosológicamente inespecífica, esto es, puede indicar una gran

variedad de afecciones distintas, podemos entender las dificultades que presenta su reconocimiento y diagnóstico.

El término depresión puede tener tres significados: en primer lugar es un síntoma, que a veces se presenta con carácter exclusivo, a veces acompañado de otros que tienen o no relación directa con él. En segundo lugar la depresión es un síndrome (conjunto de síntomas) en el que lo nuclear del mismo es la tristeza y puede deberse a diversas causas de muy variada índole. En tercer lugar es una enfermedad mental, es decir como un cuadro muy específico, cuya manifestación habitual es el síndrome depresivo y sobre el cual puede indagarse su etiología, forma de curso y tratamiento (24) (25).

En suma, la etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro.

La depresión como síndrome, afecta todo el cuerpo, el estado de ánimo y los pensamientos; afecta el patrón de alimentarse y del sueño, la opinión que se tiene de sí mismo y el concepto de la vida en general (26).

Un trastorno depresivo no es un estado de ánimo triste, pasajero; tampoco es una señal de debilidad personal o una condición que se pueda alejar a voluntad. Las personas que sufren una depresión no pueden por sí solas animarse y de inmediato sentirse mejor. Los síntomas pueden durar semanas,

meses o años, pero un enfoque adecuado permite modificar este estado.

Los gerontes que padecen de serios trastornos físicos a menudo presentan síntomas de depresión. Y en algunas ocasiones sólo requieren de apoyo para sobreponerse a los mismos. En otras ocasiones los síntomas pueden persistir, afectando todas las esferas de la vida del paciente y requieren de terapia antidepressiva para su mejoría (21).

1. Teorías de la depresión

Las teorías que tratan de explicar el origen de la depresión se pueden resumir en cinco tipos de enfoques: el freudiano o dinámico, el conductista, el cognitivo, el social y el endocrino.

a. Teoría psicoanalítica de la depresión

Esta teoría tiene como base el trabajo de Freud titulado Duelo y Melancolía (1915). Para Freud existía una diferencia entre el duelo y la depresión. El duelo es una reacción precipitada por una pérdida, la persona que lo experimenta halla vacío el mundo, pero no pierde su autoestima; y esta reacción mejora con el tiempo.

La depresión es una reacción a la pérdida que viene acompañada de sentimientos de culpabilidad.

Estos conducen a la introyección del objeto perdido (la persona desaparecida) y unos sentimientos de hostilidad hacia si mismo. Se experimenta vacío interior, se pierde la autoestima y se deterioran con el tiempo las relaciones con los demás.

Como es probable que los gerontes hallan sufrido numerosas pérdidas, tanto físicas como económicas y sociales, tienen razones para sentirse culpables. El efecto acumulativo de estas pérdidas puede avivar en el los gerontes la aparición de un estado depresivo.

b. Teoría conductista de la depresión

Los conductistas asocian la depresión a una pérdida de refuerzos (Ferster en Mishara, 1986) (14). Una persona que se ve privada de refuerzos positivos, tanto físicos como sociales se deprime, lo que provoca una caída en la tasa de actividad, seguida de una nueva tasa de refuerzos y así sucesivamente, de suerte que el enfermo deprimido se encuentra encerrado en un círculo vicioso.

Puesto que es probable que las personas de edad avanzada sufran una pérdida de refuerzos positivos consecuente a la privación de actividades, a las dificultades económicas y al

aislamiento social, podríamos decir que la teoría conductista es una buena predictora de la alta tasa de depresión en la vejez.

c. Teoría cognitiva de la depresión

La teoría cognitiva postulada por Beck en 1967 (27), se vale esencialmente de tres conceptos para explicar la depresión: la triada cognoscitiva, los esquemas y el proceso defectuoso de la información (28).

(1) Triada cognoscitiva. Los pacientes depresivos se consideran a si mismos, el mundo exterior y sus experiencias futuras de forma negativa. Creen que son inadecuados o defectuosos, que sus experiencias desagradables están provocadas por algún defecto del yo, y por tanto carecen de valor y no le queda esperanza alguna.

(2) Esquemas. Son patrones estables de pensamiento basados en actitudes y asunciones, desarrollados a partir de experiencias previas. Los esquemas pueden permanecer latentes durante largos períodos, y también ser activados por sucesos específicos (la jubilación o enfermedades físicas).

(3) Procesamiento erróneo de la información. Los errores de pensamiento contribuyen a que el paciente conserve opiniones negativas, pese a otras informaciones sobre aspectos positivos de la vida. Las formas negativas de pensamiento tienden a convertirse en autónomas y así tienden a disminuir las interacciones del individuo con el medio ambiente.

d. Teoría social de la depresión

Harry Sullivan es el máximo exponente de los aspectos sociales e interpersonales de la depresión (14). El sostiene que nuestra personalidad depende en gran parte de un "sí especular". Que no es más que la tendencia que tenemos de vernos a través de los ojos de los demás así como a captarnos en sus reacciones e interacciones respecto de nosotros. Si sus reacciones son siempre favorables, poseeremos una buena imagen de nuestro sí, pero si por el contrario, sus reacciones son desfavorables, la imagen especular de nuestro sí será negativa.

Los gerontes, cuya interacción se encuentra limitada y es a veces negativa, pueden tender a pensar que es mejor no relacionarse ya con la gente y a evitaran el contacto con los demás lo que puede

incrementar sus ideas negativas respecto a sí mismos.

e. Teoría endocrina de la depresión

El sistema endocrino del organismo está formado por glándulas que producen hormonas. Estas glándulas son la tiroides, la pituitaria, la paratiroides, el tálamo, el hipotálamo, las glándulas adrenalínicas y el páncreas: todas ellas necesarias para la vida.

Esta teoría postula que las sustancias hormonales pueden desempeñar un papel fundamental en la enfermedad depresiva. Se ha señalado durante años que las personas con secreción aumentada de cortisol están predispuestas a la depresión (Sachard en Blazer, 1984).

Sachard y Hellman señalaron en 1971, que la curva diurna de secreción corticoidea parece ser diferente en las personas deprimidas que entre las normales, ya que en las primeras presenta mas picos, durante el ciclo de 24 horas, en el curso de períodos de menor amplitud. Estos cambios podrían interpretarse como una indicación de que las actividad cortisuprarenal aumenta con el

sufrimiento y el trastorno emocional propios de la depresión. Sin dejar de lado que el envejecimiento conduce a cambios en el sistema neuroendocrino.

Todas estas teorías tratan de explicar el origen de la depresión, no obstante la psicología de la depresión es un tema muy complejo, que no puede limitarse a un modelo simple, por ende tanto las modificaciones de la función endocrina, como el funcionamiento cognitivo y el medio ambiente social juegan un papel importante.

Por fortuna para el médico, el tratamiento neurofisiológico (en forma de psicofarmacología) es muchas veces eficaz para contrarrestar los síntomas depresivos. Sin embargo, este tratamiento se hace dentro de un determinado contexto psicosocial, y en ningún caso debería pasarsele por alto.

2. Síntomas y signos de depresión

Los síntomas de los trastornos psiquiátricos consisten en cambios del funcionamiento físico, psicológico o social, comunicados de forma subjetiva por el paciente, que pueden indicar enfermedades o mala adaptación (28).

Los signos, por otra parte, son indicios objetivos de la enfermedad o mala adaptación.

Los síntomas y signos de depresión consisten en

manifestaciones y evidencias observables de malestar en el individuo, y en trastornos de la interacción del mismo con su medio ambiente. En este apartado haremos una revisión de los síntomas y signos de depresión más comunes en los gerontes.

a. Síntomas

Los síntomas clásicos de depresión se pueden categorizar en emocionales, cognoscitivos, físicos o somáticos y volitivos (7) (28). No obstante en la tercera edad los síntomas somáticos no son buenos indicadores de depresión, puesto los presentan también con frecuencia gerontes no deprimidos.

(1) Síntomas emocionales o afectivos

Los síntomas emocionales de depresión son aquellos cambios en los sentimientos de la persona y entre ellos están: Abatimiento, tristeza, disminución en la satisfacción por la vida, llanto impulsivo, irritabilidad, sensación de vacío, miedo, ansiedad, sensación de fracaso, desesperanza e inutilidad.

(2) Síntomas cognoscitivos

Los síntomas cognoscitivos son aquellas distorsiones o conceptualizaciones erradas sobre sí mismo y el medio social. Entre estos tenemos: Pesimismo, autoacusaciones, rumiación de los problemas, dificultad de concentración y mala memoria.

(3) Síntomas físicos

Entre los síntomas físicos de depresión tenemos: Anorexia, trastornos del sueño (insomnio); estreñimiento y dolor.

(4) Síntomas volitivos

La volición consiste en impulsos y estímulos experimentados constantemente por un individuo; el comienzo de la depresión puede provocar cambios volitivos notables. Uno de los síntomas volitivos característicos de la depresión es la pérdida de motivación por las actividades sociales.

b. Signos

Entre los signos de depresión tenemos: Facies triste, llanto o gemidos, pérdida de peso,

movimientos lentos, retorcimiento de manos, marcha incesante, negativismo (negarse a comer) e intentos suicidas (28).

Estos signos no son exclusivos de depresión, pueden ser señales de otros trastornos, sobre todo en los gerontes, de allí la importancia de una evaluación completa (signos y síntomas) para poder determinar si se trata de un síndrome depresivo.

3. Escalas para medir depresión

Las escalas psicométricas son útiles aliadas en la identificación de trastornos mentales.

A nivel individual permiten registrar síntomas y se pueden utilizar para conocer el estado del paciente o registrar los cambios que podrían presentarse durante un tratamiento farmacológico o psicológico. Algunas escalas tienen por objetivo ayudar a establecer el diagnóstico del enfermo o evaluar solamente resultados terapéuticos.

A nivel de la comunidad, ayudan a medir la prevalencia de los trastornos en la población, proporcionando información adicional, así como la etiología y las posibles vías de prevención y tratamiento.

Las escalas se pueden clasificar en autoaplicables o heteroaplicable. Las autoaplicables o escalas de

autoevaluación, como su nombre lo indica pueden ser aplicadas por el mismo paciente. Las heteroaplicables están diseñadas para ser utilizadas por expertos o por otras personas debidamente entrenadas (29).

EL desarrollo de las primeras escalas de evaluación prácticas, coincidió con el advenimiento de la psicofarmacología, y su aplicación fue estimulada por la necesidad de tener un método preciso para valorar los resultados terapéuticos de estas drogas (1).

Entre las escalas que existen hoy día para medir depresión están: La escala de Hamilton de valoración de la depresión (Hamilton Rating for Depression), la escala de Zung de autovaloración de la depresión (Zung Self-rating Depression Scale), el cuestionario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), la escala depresiva de Cutler y Kurland (Depressive Scale), la escala de valoración psiquiátrica de la depresión (Psychiatric Judgement of Depression Scale), la escala de valoración de la depresión (Depression Rating Scale), la lista de calificativos de depresión (Depression Adjective Checklist), la escala de tristeza-alegría (Sad-Glad Scale), la escala de colaboración NIMH de humor depresivo (Collaborative Depression Mood Scale), la escala dinámica de depresión (Dynamic Depression Scale) y la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (Center

for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) (13) (30). Todas estas escalas fueron desarrolladas y validadas para ser utilizadas en poblaciones adultas-jóvenes.

Entre las escalas de depresión desarrolladas para ser utilizadas en gerontes están: la revisión del estado mental geriátrico (Geriatric Mental Status Review, 1976) y la escala de depresión geriátrica (Geriatric Depression Scale) esta última es una de las escalas recomendada por la Organización Mundial de la Salud para medir la salud en los ancianos (31).

a. Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Esta escala fue desarrollada por Jerome A. Yesavage y cols. (30), con el objetivo de dar respuesta a la falta de instrumentos desarrollados y validados con poblaciones ancianas, que pudiera medir depresión.

Brink y Yesavage (4) señalan que una escala para medir depresión en gerontes debe reunir los siguientes criterios:

1. La posibilidad de ser autoadministrada, facilitaría su aceptación y aplicación en el tiempo restringido con que se cuenta en la consulta geriátrica.

2. Debe ser fácil de responder: la escala debe contar con un número pequeño de reactivos que se puedan responder con un simple Si o No, en lugar de respuestas graduadas o de selección múltiple.

3. Orientada a identificar síntomas que con mayor frecuencia presentan los gerontes. Los reactivos deberían ser diseñados por investigadores con experiencia en el campo de la geriatría y luego normalizados mediante estudios realizados en gerontes.

Para la elaboración de la escala GDS se redactaron 100 preguntas, que luego fueron seleccionadas y evaluadas en cuanto a su potencial para discriminar gerontes deprimidos. Para establecer su validez se utilizaron las escalas de depresión de Zung y de Hamilton.

Entre las razones para el desarrollo de esta escala podemos señalar que las escalas generales para medir depresión tratan de identificar síntomas somáticos (insomnio, disminución de la libido o actividad sexual), que no son patognomónicos de depresión en los ancianos (Yesavage et al., 1983).

Por otro lado los gerontes tienden a ser más resistentes a las evaluaciones psicológicas, por tal motivo las preguntas que se les formulen deben evitar al máximo levantar resistencias. Entre las preguntas que pudieran levantar resistencias y que aparecen en la mayoría de las escalas para adultos están las que hacen referencia a la actividad sexual y los pensamientos o intentos de suicidio.

Otras de las razones para desarrollar una escala especial para este grupo de edad es que la mayoría de las escalas existentes utilizan preguntas de selección múltiple o escalas ordinales. Lo que dificulta la aplicación autoevaluada en los gerontes por el amplio número de opciones para cada pregunta.

La Escala de Depresión Geriátrica está diseñada para ser autoadministrada o heteroaplicada y la manera de responder a las preguntas es dicotómica (formato Si/No). Consta de una forma larga con 30 reactivos y una forma abreviada con 15 reactivos. Está última fue la utilizada en el presente estudio, por la brevedad del tiempo con el cual se disponía para entrevistar a los gerontes y porque la forma breve era igualmente válida y confiable.

Cabe recordar que los gerontes exigen mucho más tiempo para hacerles un estudio cognitivo o conductual. Es preciso tener en cuenta su lentitud, su fatigabilidad, la posible existencia de trastornos sensoriales que requieren de un esfuerzo especial por parte del entrevistador. En este sentido la Escala GDS presenta grandes ventajas para su utilización con gerontes que asisten a las consultas geriátricas.

Es importante subrayar que esta escala no permite al médico diagnosticar un síndrome depresivo, sino sólo confirmar su existencia.

Entre los síntomas que investiga la escala tenemos:

1. Disminución la de satisfacción por la vida
2. Pérdida de motivación
3. Sensación de vacío
4. Aburrimiento
5. Mal humor
6. Miedo
7. Tristeza
8. Soledad
9. Retraimiento
10. Problemas de memoria
11. Pérdida de interés por la vida
12. Inutilidad
13. Pérdida de energía
14. Desesperanza
15. Baja autoestima

4. Tratamiento de la depresion

Los trastornos depresivos pueden ser tratados por medios biológicos (antidepresivos) o psicológicos (psicoterapia). No obstante parece ser que el tratamiento biológico es mas efectivo cuando se complementa con algún tipo de psicoterapia (21). Pues mientras los antidepresivos proporcionan alivio sintomático relativamente rápido, la psicoterapia ayuda a aprender a emplear medios más eficaces al enfrentarse a los problemas de la vida diaria.

Es importante recordar que los síntomas depresivos pueden deberse a diversas causas de muy variada índole, entre ellas como resultado de enfermedades orgánicas o alguna pérdidas afectiva significativa, inclusive la presencia de demencia o retraso mental, no excluyen el diagnóstico de un síndrome

depresivo tratable. De allí que la primera prioridad del médico tratante es tratar de determinar el origen de estos síntomas, para poder hacer las recomendaciones pertinentes.

En el tratamiento biológico de la depresión se usan mayormente tres grupos de medicamentos antidepresivos: los tricíclicos, los inhibidores de la monoamino oxidasa y el litio; el último utilizado para tratar trastornos maniacodepresivos.

Los antidepresivos tricíclicos como la Amitriptilina (Triptanol) y la Imitriptilina (Tofranil) son los mayormente utilizados por los médicos no psiquiatras.

Este tipo de antidepresivos produce efectos secundarios como sequedad de la boca, constipación, sudoración, mareo, palpitaciones, baja de la presión arterial y dificultad para orinar,

efectos estos que resultan un tanto molestosos para los gerontes.

Un tipo de antidepresivo tricíclico que no produce tantos efectos secundarios es el Amineptino (Survector), este parece ser un antidepresivo adecuado para tratar las depresiones inhibidas en los gerontes, y el Fluoxetine (Prozac) en gerontes con depresiones de larga duración (Alba, 1991).

En el tratamiento psicológico de la depresión, se pueden emplear diversos tipos de psicoterapia: La terapia conversacional o de apoyo, para ayudar a los pacientes a comprender, aceptar y resolver sus problemas. La terapia conductual para ayudar al paciente a obtener una mayor satisfacción y recompensa por medio de sus propias acciones, así como eliminar patrones de conducta que contribuyen a causarles depresión. Y la terapia cognitiva para

ayudar a los pacientes a cambiar los patrones negativos de pensamiento y de conducta que a menudo se asocian con la depresión. Esta última modalidad de psicoterapia para ser la más efectiva en el tratamiento de la depresión (27).

Capítulo III

METODOLOGIA

En este capítulo se exponen los parámetros metodológicos utilizados en la realización de este estudio.

A. Tipo de estudio

El tipo de estudio utilizado para abordar el problema investigado es de observación, de campo y de corte transversal.

B. Sujetos

La población estudiada en la presente investigación estuvo conformada por una muestra de 103 (ciento tres) pacientes, de un total de 110 (ciento diez) pacientes, que acudieron en el transcurso de un mes a la consulta externa del Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid. Tres pacientes fueron descartados del estudio por no encontrarse en condiciones de responder a la Escala de Depresión y cuatro pacientes no quisieron participar del estudio.

C. Variables estudiadas

Las variables consideradas para la realización del estudio fueron el sexo, la edad, el estado civil,

nivel de escolaridad, personas con las que vive el paciente, grupos a los que pertenece, condición de salud, la presencia de síntomas depresivos y el tratamiento suministrado a los pacientes.

D. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron:

1. una ficha de datos clínicos elaborada para el estudio. La misma tenía que ser contestada por el médico tratante.
2. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (G. D. S.), para poder identificar a los pacientes que presentaban síntomas depresivos. Esta escala en su forma breve consta de 15 (quince) preguntas a las que hay que contestar Si o No. La prueba posee una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%. para gerontes de habla inglesa y la sensibilidad y especificidad encontrada en gerontes panameños fue del 80% y 87% respectivamente. Fue validada utilizando para ello las pruebas de Zung y de Hamilton. Se seleccionó esta prueba por reunir las siguientes características:

1. Por ser una prueba desarrollada y validada para ser utilizada en gerontes.
2. Sus preguntas están orientadas a identificar síntomas depresivos que con mayor frecuencia se presentan en gerontes.
3. Es una prueba corta y de fácil aplicación lo que permite que pueda ser incorporada a los instrumentos que utilizan los geriatras en su consulta.
4. Es uno de los instrumentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, para medir el estado de Salud en los Ancianos.

E. Escenario

El escenario de nuestra investigación fue la Consulta Externa del Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M... Este es un servicio de carácter multidisciplinario, especializado en la atención médica (preventiva y curativa), funcional, de enfermería, social psicológica y de cuidado continuo del paciente de la tercera edad. El personal que labora en el servicio está integrado por cinco médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una trabajadora social, un nutricionista, un médico fisiatra, un farmacéutico

y una secretaria médica. Su área de atención está ubicada en el séptimo piso del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, consultorio # 773. En este consultorio el médico tratante examinaba al paciente y luego lo enviaba al consultorio # 756, ubicado en el mismo piso, y habilitado para la aplicación de la Escala de Depresión.

F. Procedimiento

La investigación se basó en la identificación de síntomas y trastornos depresivos en los gerontes que asistieron a la consulta geriátrica durante el período de un mes de consulta. Y el proceso de investigación abarcó tres etapas:

Primera Etapa

La primera etapa comprendió la traducción y la puesta a prueba de la Escala Geriátrica de Depresión (G.D.S.). La escala se probó con siete gerontes de la residencia para ancianos de San Felipe. Luego se procedió a estimar la sensibilidad y la especificidad de la prueba para la población panameña. Para ello se solicitó la colaboración de una Gerontopsiquiatra que no pertenecía al equipo

de salud del Servicio de Geriatria del C.H.M. A.A.M. El procedimiento que se siguió fue aplicar la prueba a una población de gerontes distinta a la investigada. Con este propósito se le solicitó a la Gerontopsiquiatra que aplicara la prueba a gerontes a los cuales tenía acceso, estos eran gerontes que acudían a su consulta ambulatoria, gerontes que viven en dormitorios de la tercera edad y gerontes que acuden a grupos de la tercera edad; quedando así la muestra conformada por 41 (cuarenta y uno gerontes). Es importante señalar que la Gerontopsiquiatra aplicaba la escala pero no sabía como calificarla ni supo los resultados de las mismas hasta que concluyó la investigación, en otras palabras fue un estudio ciego. Ella sólo aplicaba la escala, le hacía un reconocimiento físico/mental a los gerontes y exploraba si padecían de depresión en base a los criterios del DSM-III-R. Hacía sus anotaciones o diagnósticos según el caso, en la parte posterior de la escala y se las entregaba semanalmente al investigador para que las calificara.

La Gerontopsiquiatra diagnosticó depresión a 10 (diez) gerontes y la escala identificó a 8 de los 10. Treinta y uno gerontes no fueron

diagnosticados como deprimidos, este grupo estuvo conformado por gerontes sin ningún trastorno o gerontes que padecían de Hipertensión o Diabetes. La escala identificó como no deprimidos a 27 de los 31. En este caso la regla de oro era el diagnóstico de la Gerontopsiquiatra que utilizó los criterios del DSM-III-R, obteniéndose así la sensibilidad y especificidad de la Escala G.D.S. y su cálculo arrojó los siguientes resultados: Sensibilidad 80% y especificidad 87%.

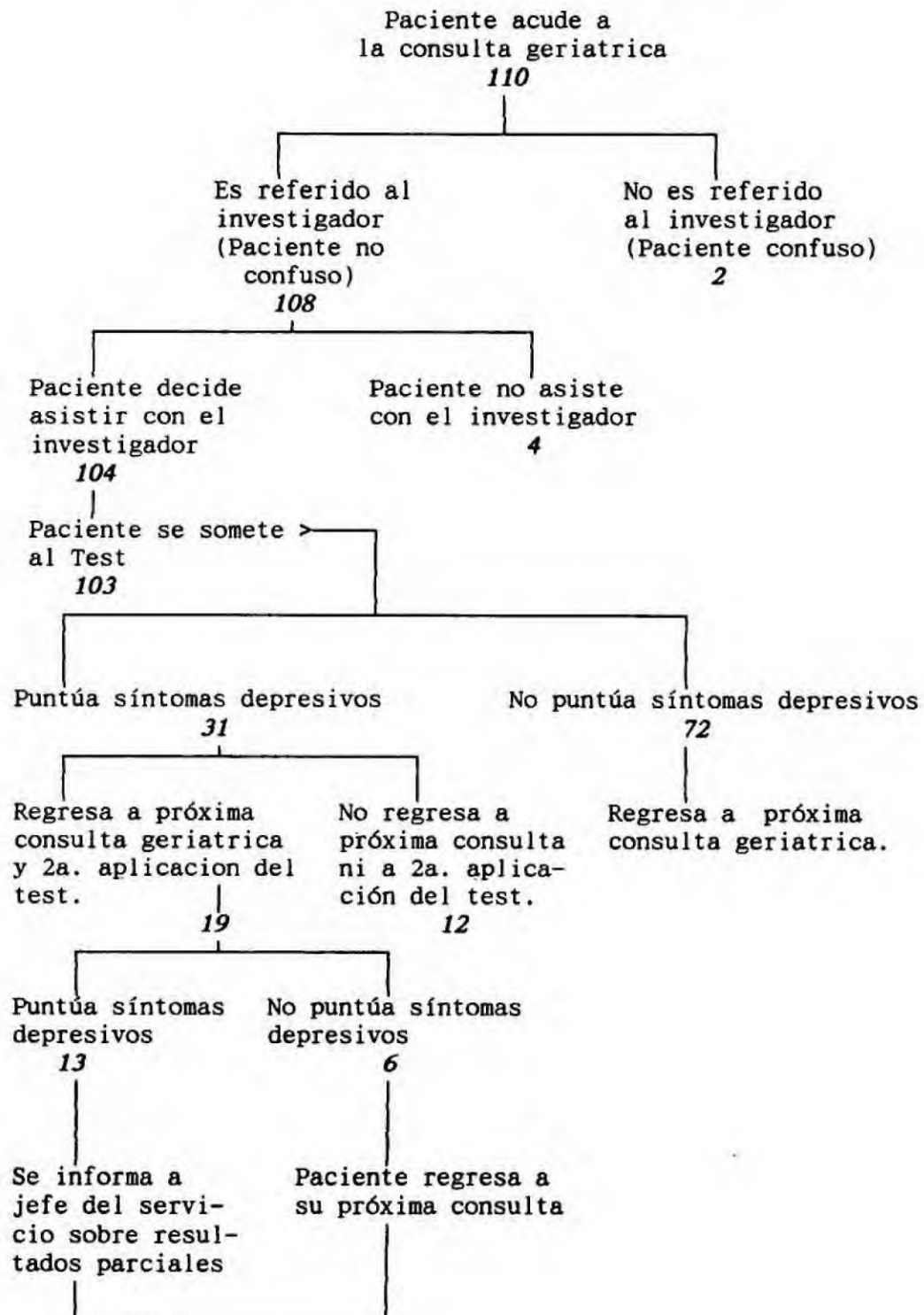
Segunda Etapa

La segunda etapa comprendió la solicitud de permiso para realizar la investigación. El servicio de geriatría del C.H.M. A.A.M.; concedió el permiso para realizar la investigación, no obstante no se pudo obtener el permiso para revisar los expedientes clínicos y a cambio se obtuvo que los médicos tratantes llenaran unas fichas con la información necesaria para la realización del estudio.

Tercera Etapa

La tercera etapa consistió en la recolección de los datos que describiremos en detalle (ver cuadro # 1):

CUADRO # 1
CAMINO CRITICO DE LA APLICACION DE LA PRUEBA G.D.S.
A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE GERIATRIA



Paso # 1

Los pacientes acudían a la consulta geriátrica para ser atendidos por el médico tratante de turno. Este último, luego de realizar su examen de rutina, determinaba si el paciente estaba en condiciones de que se le administrara la prueba. Para ello se les decía a los pacientes que acudieran al consultorio # 556 para que un psicólogo les hiciera algunas preguntas. Este procedimiento variaba un poco según el médico tratante de turno. El único requisito, que establecieron los médicos, era que el paciente no se encontrara en estado de confusión. De los 110 (ciento diez) pacientes atendidos en un mes de consulta fueron remitidos 108 (ciento ocho) al investigador. Los médicos descartaron a 2 (dos) pacientes del estudio, pues estos pacientes se encontraban confusos.

Paso # 2

Una vez referidos los pacientes, estos estaban en libertad de decidir si acudían o no al consultorio del psicólogo para contestar las preguntas. De los 108 (ciento ocho) pacientes referidos al investigador, acudieron 104 (ciento cuatro). Cuatro (4) pacientes decidieron no acudir.

Paso # 3

Cuando los pacientes llegaban al consultorio del investigador se les recibía de pie se entablaba una pequeña platica con ellos que básicamente consistía en preguntarles que les había comunicado el médico tratante. Se les hacía un pequeño examen mental, que consistía en preguntarle el día de la semana, el mes, el año, en que año nacieron, que habían desayunado y que repitieran tres palabras, que el investigador les leía inmediatamente al cabo de unos 3 minutos. Luego se les explicaba que se les iba a entregar unas preguntas que complementarían el examen que el médico les había realizado. Es importante señalar que sólo una paciente leyó por si sola las preguntas. Los otros pacientes solicitaron al investigador se las leyera pues alegaban: que de esa manera las contestarían más rápido, o simplemente que no veían muy bien sin sus lentes. A todos los pacientes se les hacía luego las siguientes preguntas: ¿cuál era su estado civil, con quién vivían, si habían cursado estudios y cuál era el último grado que habían alcanzado y cuando era su próxima cita?.

Sólo a uno de los pacientes no se le

administró el test, pues se encontraba confuso, quedando así la muestra conformada por 103 (ciento tres) pacientes. Este procedimiento se realizó por el espacio de un mes de consulta (4 semanas) de 8:00 am a 1:00 pm, de lunes a jueves, días en que los médicos atienden la consulta. Participó un médico diferente cada día de la semana, haciendo un total de cuatro médicos involucrados en el estudio.

Al finalizar la consulta el investigador pasaba al consultorio del médico para investigar cuántos pacientes habían asistido y recoger la ficha especialmente diseñada para el estudio, cuando el médico tratante no la enviaba con el paciente.

Paso # 4

Una vez calificada la prueba y revisada la ficha llenada por los médicos, se registraba la fecha y el nombre de los pacientes que puntuaban deprimidos y la de aquellos pacientes que el médico indicaba que presentaban síntomas depresivos, para que el investigador pudiera acudir a la siguiente consulta de los mismos, con la finalidad de ver si los pacientes que habían sido referidos, tratados o

medicados mejoraban al igual que aquellos a los que nos se les registró ningún tratamiento.

En la siguiente se les aplicaba nuevamente la escala, se les preguntaba si habían seguido el tratamiento señalado por el médico, si habían mejorado sus síntomas y si sentían que el doctor los había atendido bien. Se le solicitaba nuevamente a los médicos tratantes que llenaran la ficha diseñada para el estudio, se calificaba la escala y se informaba al jefe del servicio los resultados preliminares. Es importante señalar que para etapa del estudio, los médicos tratantes ya sabían que los pacientes que el investigador examinaba por segunda vez, habían presentado síntomas de depresión. Esta última etapa se prolongó hasta cinco meses después de la primera aplicación de la escala, pues era el período que le correspondía a algunos pacientes su próxima cita.

Los resultados obtenidos, se procesaron por medio de los programas dBase IV, Epi Info y SPSS, con la finalidad de efectuar el análisis pertinente, que se detalla en el IV capítulo.

Capítulo IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se hará la presentación y el análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio. Iniciaremos presentando las características de la muestra estudiada y posteriormente describiremos las características de los pacientes que fueron identificados como deprimidos por la escala G.D.S. y los médicos tratantes.

Los resultados se presentaran de manera clara y sencilla para que puedan ser fácilmente entendibles por todos los interesados en la Tercera Edad, sobre todo el personal médico, paramédico y voluntarios que trabajan con gerontes, a fin de que puedan identificar con mayor facilidad las características, signos y síntomas aquí descritos en los pacientes que atienden a diario.

A. RESULTADOS GENERALES

1. PACIENTES ATENDIDOS POR LOS GERIATRAS

En el período de un mes de consulta el servicio de geriatría atendió un total de 110 (ciento diez) pacientes. Setenta y ocho (70%) del sexo femenino y Treinta y dos (29%) del sexo masculino, esta es la proporción promedio de pacientes que se atiende regularmente en el servicio. De estos 110 (ciento diez) pacientes atendidos, ciento ocho (98%) fueron referidos al investigador para que conformaran la muestra ha

estudiar. Dos pacientes no fueron referidos por los médicos tratantes, porque ambos pacientes se encontraban en estado de confusión, lo que les imposibilitaba para contestar el cuestionario.

2. PACIENTES REFERIDOS AL INVESTIGADOR

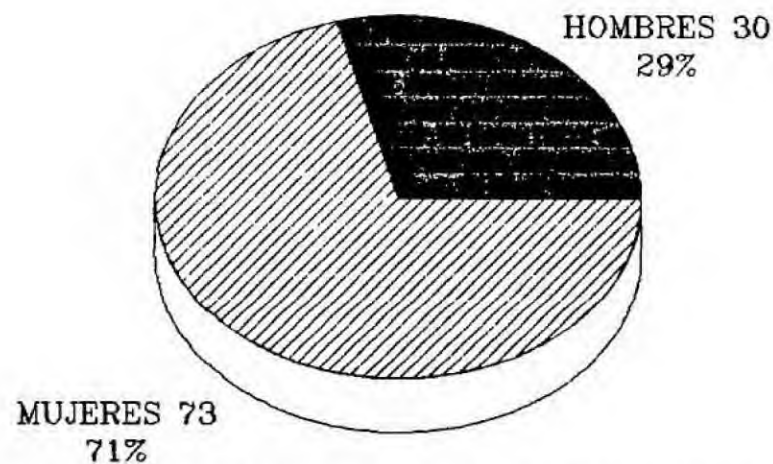
De los 108 (ciento ocho) pacientes referidos para la aplicación de la escala GDS, uno fue descartado por no encontrarse en condiciones de responder la prueba (estado de confusión). Y cuatro no se presentaron al cubículo del investigador, no quisieron participar del estudio; quedando así la muestra conformada por 103 (ciento tres) pacientes, el 94% de los pacientes atendidos por los médicos tratantes.

a. Sexo

La muestra estudiada estuvo conformada por 73 (setenta y tres) mujeres que representaban el 71% de la muestra y 30 (treinta) hombres que representan el 29%. Más del doble de mujeres que hombres. Esta preponderancia de mujeres es corriente en los estudios realizados en poblaciones de personas

de la Tercera Edad, esto se debe tal vez a que las mujeres tienden a preocuparse más por su salud que los hombres, realizan labores menos riesgosas y por ende viven más años.

GRAFICA # 1
PACIENTES INVESTIGADOS EN EL SERVICIO
DE GERIATRIA SEGUN SEXO. AÑO 1991



FUENTE: INVESTIGACION DE ENERO A JUNIO
DE 1991

b. Edad

La edad promedio del total de los participantes era 77 (setenta y siete) años, la mediana 78 (setenta y ocho) años y el rango de edad era de 37 (treinta y siete) años. La edad promedio de los hombres era 77 (setenta y siete) años, la mediana 79 (setenta y nueve) años y el rango de edad 33 (treinta y tres) años. En cambio la edad promedio de las mujeres investigadas 77 (setenta y siete) años, la mediana 78 (setenta y ocho) años y el rango de edad 37 (treinta y siete) años. Presentándose así un rango de edad mayor en las mujeres que en los hombres de la muestra.

(Cuadro # 2)

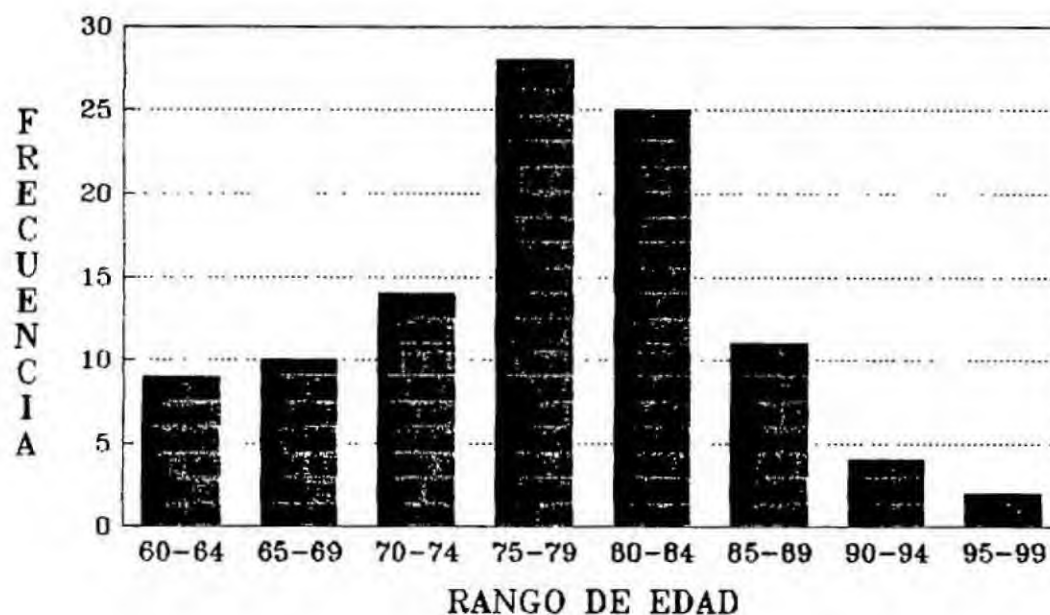
CUADRO # 2

DISTRIBUCION SEGUN SEXO Y EDAD DE LA MUESTRA DE
 PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
 C.H.M. A.A.M . AÑO 1991

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
EDAD	N.	%	N.	%	N.	%
60-64	4	44	5	56	9	9
65-69	1	10	9	90	10	10
70-74	4	29	10	71	14	14
75-79	8	29	20	71	28	27
80-84	8	32	17	68	25	24
85-89	4	36	7	64	11	11
90-94	1	25	3	75	4	4
95-99	0	0	2	100	2	2
TOTAL	30	29	73	71	100	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

EDAD DE LOS PACIENTES INVESTIGADOS
EN EL SERVICIO DE GERIATRIA. AÑO 1991



FUENTE: CUADRO # 2

c. Estado Civil

El 44% de los investigados estaban casados o unidos, el 44% viudos, el 9% eran solteros, es decir, nunca se habían casado y el 4% estaban divorciados o separados.

Estos resultados son similares a los encontrados por Marías et al. (1979) salvo que la proporción de viudos era mucho más alta.

Una posible explicación de esta discrepancia puede deberse a que ha ido aumentando la expectativa de vida en los últimos años. Por otro lado se puede observar que la proporción de solteros y divorciados es baja en esta población de edad avanzada, posiblemente por considerar al matrimonio y por ende a la familia como una institución que había que preservar (Cuadro # 3).

d. Escolaridad

El 34% de los participantes señaló haber recibido instrucción correspondiente al nivel de escolaridad primario, el 60% el nivel de escolaridad secundario, y el 6% el nivel universitario. Es importante destacar que ninguno de los investigados indicó no haber cursado ningún nivel de escolaridad (Cuadro # 4). Estos resultados son parecidos a los encontrados por Warner y Vives (1988) en gerontes que participan en grupos de la

CUADRO # 3
ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA DE PACIENTES ESTUDIADOS
EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	9	8.7
CASADO	45	43.6
DIVORCIADO	4	3.8
VIUDO	45	43.6
TOTAL	103	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

Tercera Edad, lo que es sorprendente aquí es que a pesar de que en el pasado las oportunidades educativas eran escasas, un alto porcentaje de gerontes haya cursado estudios de nivel secundario. Sobre todo si se comparan estos resultados con los arrojados por los censos nacionales de 1990, en donde el 12% de la población mayor de 60 años, de la provincia de Panamá, no ha aprobado ningún nivel de instrucción formal. Quizás los gerontes que acuden a los grupos de la tercera edad y a los centros hospitalarios, poseen mayor nivel de instrucción y por consiguiente se preocupen más por conservar su salud y mantenerse útiles y activos.

Es importante señalar que la población investigada correspondía a trabajadores jubilados o pensionados que residen en la provincia de Panamá. Y que sólo el 17% de los investigados participaba de algún tipo de actividad grupal, o estaba afiliado a algún grupo, ya sea de índole social o religioso.

CUADRO # 4
NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA DE PACIENTES
ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	35	34
SECUNDARIA	62	60
UNIVERSITARIA	6	6
TOTAL	103	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

e. Condición de salud

En cuanto a la condición de salud de los investigados podemos señalar que el 21.% de los participantes padecía de un trastorno diagnosticado, el 31% de dos trastornos y el 48% de tres o más trastornos diagnosticados (polimorbilidad). Es importante destacar que todos los participantes padecía de algún trastorno diagnosticado. En la muestra no encontramos a ningún paciente que acudiera a hacerse un control de salud (Cuadro # 5).

Los trastornos de mayor frecuencia diagnosticados fueron: Hipertensión Arterial en el 49% de los investigados, Enfermedad Degenerativa Articular el 23%, Diabetes tipo I y II 20%, Accidente Cerebrovascular 19% y Cardiopatía Ateroesclerótica 14%. Todos estos trastornos son crónicos y requieren del uso de fármacos para su control. Si tomamos en cuenta que el 49% de los investigados padece de polimorbilidad, también es de esperar que requieran de varios medicamentos

CUADRO # 5
DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE TRASTORNOS DIAGNOSTICADOS
A LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

NUMERO DE TRASTORNOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UN TRASTORNO	22	21
DOS TRASTORNOS	32	31
TRES O MAS TRASTORNOS	49	48
TOTAL	103	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

(polifarmacia), hecho que coincide con los resultados encontrados por Carstensen et al. (1989).

f. Personas que viven con el paciente

El 91% de los pacientes investigados vivía con algún familiar, así tenemos que el 33% vivía con su cónyuge, el 45% con sus hijos y el 13% con familiares distintos de su cónyuge o hijos. Sólo el 9% vivían completamente solos y estos eran visitados por sus hijos u otros familiares semanalmente. Estos resultados no coinciden con los encontrados en estudios realizados en Colombia y Bolivia (1987) en dónde se registran altas tasas de gerontes abandonados por sus familiares (Cuadro # 6).

CUADRO # 6
PERSONAS QUE VIVEN CON LOS PACIENTES ESTUDIADOS
EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLOS	9	9
HIJOS	46	45
CONYUGE	34	33
OTROS FAMILIARES	14	13
TOTAL	103	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

B. RESULTADOS DE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS COMO DEPRIMIDOS

1. PACIENTES IDENTIFICADOS POR LA ESCALA

La escala GDS identificó a 31 pacientes deprimidos, obteniéndose así una tasa de prevalencia del 30%. Estos resultados se asemejan a los encontrados por Blazer (1984) en pacientes de clínicas para evaluación y tratamiento geriátrico, mediante la utilización de los criterios diagnósticos del DSM-III.

Cabe destacar que para que los pacientes investigados fueran identificados como deprimidos debían presentar como mínimo 6 (seis) de los 15 (quince) síntomas de depresión que explora la escala G.D.S.

a. Sexo

Las tasas de prevalencia de depresión encontrada en los hombres investigados fue del 30% y en las mujeres también fue de 30% (Cuadro # 7). Estos resultados no coinciden a los encontrados en muestras de pacientes más

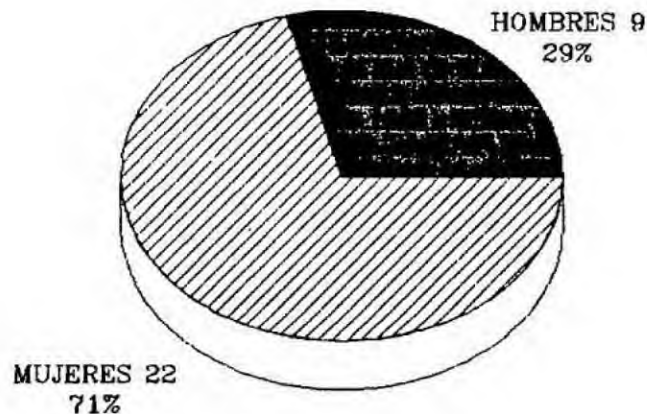
CUADRO # 7
TASA DE DEPRESION SEGUN EL SEXO DE LOS PACIENTES
ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

SEXO	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
MASCULINO	30	9	30
FEMENINO	73	22	30

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

jóvenes en donde la relación entre mujeres y hombres deprimidos es 3:1. Pareciera ser que al aumentar la edad los hombres son tan susceptibles como las mujeres de padecer de depresión.

GRAFICA # 3
PACIENTES DEPRIMIDOS IDENTIFICADOS POR
LA ESCALA GDS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
SEGUN SEXO



FUENTE: INVESTIGACION DE ENERO A JUNIO
DE 1991

b. Edad

La edad promedio de los pacientes identificados como deprimidos por la escala G.D.S. era 79 años, la mediana 80 años y el rango de edad era de 34 años.

Al estimar las tasas específicas de depresión por grupo edad se observa que las tasas más altas las presentan el grupo de 90-95 años de edad con una tasa de depresión del 50%. Al igual que el grupo de 95-99 años de edad con una tasa de depresión del 50% (Cuadro # 8). Nuevamente pareciera que a mayor edad, existe mayor riesgo de padecer de depresión.

c. Estado civil

En cuanto a las tasa específicas de depresión según estado civil, el grupo que presenta la mayor tasa de depresión es el de los viudos, con una tasa de depresión del 35%. Seguidos por el grupo de los casados con una tasa de 27%. Los

CUADRO # 8
 TASA DE DEPRESION SEGUN EDAD DE LOS PACIENTES
 ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
 C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

EDAD	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
60-64	9	2	22
65-69	10	0	0
70-74	14	6	43
75-79	28	7	25
80-84	25	10	40
85-89	11	3	27
90-94	4	2	50
95-99	2	1	50

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

divorciados investigados presentaron una tasa de depresión del orden del 25% y los solteros presentaron la tasa más baja de depresión, del orden del 22% (Cuadro #9). Una posible razón por la cual los viudos presentaron la tasa de depresión más alta, es la pérdida de su cónyuge o compañero con quien compartir, una persona con la cual contar. Por el contrario los solteros, o sea el grupo de investigados que nunca se casaron, probablemente están adaptados a su condición de solteros, y no necesariamente viven solos pueden vivir con otros familiares con los cuales compartir, relacionarse y satisfacer sus necesidades de apoyo y compañía.

d. Escolaridad

Las tasas de depresión según el nivel de escolaridad fueron del orden del

CUADRO # 9
 TASA DE DEPRESION SEGUN EL ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES
 ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
 C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

ESTADO CIVIL	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
SOLTEROS	9	2	22
CASADOS	45	12	27
DIVORCIADOS	4	1	25
VIUDOS	45	16	35

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

50% para los que alcanzaron instrucción del nivel universitaria, del 40% para los que recibieron instrucción del nivel primario y del 23% para los del nivel secundario (Cuadro # 10).

Como puede observarse la mayor tasa de depresión la presentan el grupo de los universitarios, esto puede deberse a que al haber alcanzado un mayor instrucción es posible que se hayan tenido mayor número de relaciones interpersonales, diversidad de ocupaciones y destrezas que al ir las perdiendo a causa de la jubilación y las limitaciones que producen algunas enfermedades se experimente estas pérdidas con mayor intensidad, con su peor consecuencia, padecer de depresión. En el extremo opuesto se ubican los pacientes con un bajo nivel de escolaridad que posiblemente desarrollaron menos destrezas y contactos y al verse

CUADRO # 10
 TASA DE DEPRESION SEGUN EL NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS
 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

ESCOLARIDAD	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
PRIMARIA	35	14	40
SECUNDARIA	62	14	23
UNIVERSITARIA	6	3	50

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

limitados por la edad y las condiciones de salud también experimenten con angustia y desesperación la pérdida de lo que con tanto esfuerzo alguna vez obtuvieron.

e. Condición de salud

Las tasas de depresión según condición de salud fueron las siguientes: Los pacientes que padecían de tres o más trastornos diagnosticados registraron una tasa del 41% de depresión; los que padecían de dos trastornos diagnosticados una tasa del 32%; y los que padecían de un trastorno una tasa del 14 % (Cuadro # 11). Se puede observar que al incrementarse el número de trastornos diagnosticados la tasa de depresión es más alta. Esto puede deberse a las limitaciones que experimenta el paciente

CUADRO # 11
 TASA DE DEPRESION SEGUN EL NUMERO DE TRASTORNOS
 DIAGNOSTICADOS A LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN
 EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL
 C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

SEXO	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
UN TRASTORNO	22	3	14
DOS TRASTORNOS	32	8	25
TRES O MAS TRASTORNOS	49	20	41

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

debido a sus múltiples trastornos, a la interacción de los medicamentos que ingiere para aliviar sus dolencias y/o la conciencia que tiene el paciente de la gravedad o cronicidad su enfermedad por una parte, y por otra del concepto que tenga él o la sociedad de la enfermedad que padece.

Entre los trastornos que se registraron, de acuerdo al mayor número de frecuencia, a los pacientes deprimidos podemos señalar: Hipertensión Arterial 42%, Diabetes I y II 26%, Enfermedad Degenerativa Articular 26%, Accidente Cerebro Vascular 16% y Cardiopatía Atero Esclerótica 13%. Los mismos trastornos que se presentan con mayor frecuencia en la totalidad de la muestra estudiada.

f. Personas que viven con el paciente

Los pacientes que viven con su cónyuge presentan la tasas más bajas de depresión (15%), seguidos de los pacientes que viven con otros familiares con una tasa de depresión del 29%. Y las tasas más altas de depresión las presentan los pacientes que viven solos con una tasa de depresión del 44% y los que viven con sus hijos con una tasa de depresión del 39% (Cuadro # 12). Estos resultados parecen reforzar a los hallados al comparar el estado civil de los pacientes y la presencia o ausencia de depresión. Al parecer el número de contactos y el nivel de interacción de los gerontes (apoyo social) juega un papel importante en el desarrollo de los síndromes depresivos. Pues los pacientes que viven con sus cónyuges, que son menos dependientes, que probablemente tienen

CUADRO # 12
 TASA DE DEPRESION SEGUN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON LOS
 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. AÑO 1991

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	PACIENTES	DEPRIMIDOS	TASA
TOTAL	103	31	30
SOLOS	9	4	44
HIJOS	46	18	39
CONYUGE	34	5	15
OTROS FAMILIARES	14	4	29

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
 DEL C.H.M. A.A.M. DURANTE LOS MESES DE ENERO A JUNIO DE 1991.

mayores niveles de interacción son los que presentan las tasas más bajas de depresión. Seguidos de los que viven con otros familiares.

Es interesante señalar que los pacientes que viven con sus hijos no necesariamente interactuen de manera constante y positiva con ellos, y este puede ser el reflejo de la alta tasa de depresión encontrada, este aspecto volveros a revisarlo al analizar los resultados de la escala. Por otro lado como era de esperarse los pacientes que viven solos, que no necesariamente son solteros, son los que presentan las tasas más altas de depresión, debido a la falta de actividades y contactos interpersonales sumamente importantes a esa edad y si a esto le sumamos la precaria condición de salud podemos entender la sensación de vacío y soledad que experimentan estos pacientes.

g. Resultados de la Escala GDS

La puntuación media, de los pacientes deprimidos, en la escala fue de 9.2 puntos, la mediana de 10 puntos y la desviación estándar de 2.4. El rango fue de 8 puntos.

Los síntomas depresivos que se presentaron con mayor frecuencia fueron: Sensación de vacío en el 97% de los pacientes deprimidos, sentimientos de inutilidad 87%, pérdida de interés en las actividades acostumbradas 81%, aburrimiento 81%, sensación de soledad 81% y baja autoestima 81%. Cabe destacar que a pesar de que únicamente el 13% de los deprimidos o sea 4 pacientes vivían solos, se registra una alta prevalencia de síntomas de soledad, aburrimiento y sensación de vacío, lo que nos puede indicar que no sólo es importante el número de personas con quienes vive el

geronte, sino también, la cantidad y calidad de las relaciones que establece con estas personas.

2. PACIENTES IDENTIFICADOS POR LOS DOCTORES

Los médicos tratantes identificaron a 18 (dieciocho) pacientes con síntomas depresivos, registrando así una tasa de prevalencia de depresión del 17%. Uno poco más de la mitad de la tasa de prevalencia estimada mediante la utilización de la escala G.D.S..

No obstante los médicos tratantes sólo registraron los síntomas que encontraron en 12 (doce) de los 18 (dieciocho) pacientes identificados como deprimidos. A los 6 (seis) pacientes restantes se le identificó como deprimidos sin indicar sus síntomas. Y en ninguno de los casos se señaló los criterios de depresión utilizados.

a. Sexo

La tasas de depresión estimadas, de acuerdo al número de pacientes identificados como deprimidos por los doctores, según sexo fueron de 18% para las mujeres y de 17% para los hombres.

b. La edad

La edad promedio de los pacientes identificados por los médicos tratantes era 77 (setenta y siete) años y el rango de edad era de 26 (veintiséis) años. No identificaron a ningún paciente deprimido mayor de 89 años.

c. Síntomas identificados

Los síntomas de depresión que identificaron los médicos de acuerdo al

mayor número de frecuencia fueron: tristeza, insomnio, nostalgia, llanto fácil, pérdida de apetito, ansiedad, retraimiento, apatía, ideas de muerte - "ganas de pasar al otro lado"-.

De los 18 (dieciocho) pacientes identificados como deprimidos por los doctores sólo registraron algún tipo de tratamiento o referencia directamente relacionado con el estado de ánimo, a cuatro pacientes: uno fue referido al gerontopsiquiatra, uno al psicólogo, uno fue recetado con ansiolíticos y uno con neurolepticos.

C. DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES IDENTIFICADOS POR LOS MEDICOS Y POR LA ESCALA G.D.S.

Cuatro de los 18 (dieciocho) pacientes identificados, como deprimidos por los doctores, no puntuaron como deprimidos en la

primera aplicación de la escala GDS (Cuadro # 13). De estos 4 pacientes a 2 se les identificó como deprimidos señalando los síntomas encontrados y a los otros dos solamente se les identificó como deprimidos sin señalar los síntomas.

Dicho de otra manera, los doctores, identificaron 18 (dieciocho) pacientes y la escala G.D.S. 31 (treinta y uno) (ver cuadro # 13), pero solamente coincidieron en la identificación de 14 (catorce) pacientes. Estimándose así un valor predictivo positivo para el diagnóstico de depresión efectuado por los doctores del 78%.

Es importante señalar que los 14 pacientes que los médicos identificaron tenían puntuaciones superiores a los 9 puntos en la escala G.D.S., o sea más de 9 síntomas de depresión, es decir, era notable la presencia de síntomas depresivos en estos pacientes.

CUADRO # 13
 DEPRIMIDOS SEGUN GERIATRAS Y LA ESCALA G.D.S.
 EN EL SERVICIO DE GERIATRIA DEL C.H.M. A.A.M.
 AÑO 1991

		Escala G.D.S.		
		Deprimidos	No Deprimidos	
D O C T O R E S	Depri- midos	14	4	18 <i>VPP 77.7%</i>
	No Depri- midos	17	68	85 <i>VPP 80%</i>
		31	72	103

**D. RESULTADOS DE LA SEGUNDA APLICACION DE LA ESCALA
G.D.S.**

De los 31 (treinta y uno) pacientes identificados como deprimidos por la escala G.D.S., sólo acudieron 19 (diez y nueve) a su siguiente consulta, un poco más de la mitad de los identificados.

Solamente se reportó que uno de los pacientes que no asistió había fallecido.

También se le aplicó por segunda vez la escala G.D.S. a los cuatro pacientes identificados como deprimidos por el médico y no por la escala. Cabe señalar, que la escala tampoco los identificó como deprimidos en esta ocasión. Y en la ficha, diseñada para el estudio, de estos cuatro pacientes, los médicos no anotaron ningún síntoma de depresión a dos de ellos, y a los otros dos le anotaron que habían mejorado de los síntomas de depresión.

1. Pacientes que mejoraron

De los 19 pacientes identificados por la escala G.D.S., seis ya no puntuaban como deprimidos. Dos habían sido identificados por los doctores. Pero sólo uno había sido referido al psicólogo, los otros cinco no recibieron ningún tratamiento directamente relacionado con su estado de ánimo (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos). Probablemente al mejorar su estado de salud, también mejoraron sus síntomas depresivos.

Además de aplicarles la escala a los pacientes se les preguntó si habían seguido el tratamiento señalado por el doctor y si habían mejorado sus síntomas y si habían sentido que el doctor los había atendido bien.

Los 6 pacientes que mejoraron respondieron que habían seguido el tratamiento señalado por el doctor, se sentían mejor y consideraban que el doctor los había atendido bien.

2. Pacientes que no mejoraron

De los 13 pacientes que aún puntuaban como deprimidos, sólo 4 habían sido identificados por los doctores, pero sólo a dos se le anotó un tratamiento directamente relacionado con su estado de ánimo, a uno se le refirió al gerontopsiquiatra y a otro se le recetó un ansiolítico.

Por otro lado en esta ocasión los médicos identificaron como deprimidos a otros 4 pacientes, a uno se le recetó un antidepresivo, a otro Haldol, a otro se le refirió al gerontopsiquiatra, a otro se le recetó un ansiolítico y a otro se le anotó que su depresión era debida a sus múltiples problemas de salud, o sea secundaria a los trastornos que padecía y por tal motivo no se le recetó ningún tratamiento. Es importante señalar que independientemente del origen de los síntomas depresivos, si estos no mejoran, al mejorar la condición de salud de los

pacientes, hay que tratarlos conjuntamente con sus trastornos físicos. El tratamiento puede consistir en antidepresivos (terapia física) o terapia de apoyo (psicoterapia) según la gravedad de los síntomas.

A estos pacientes también se les preguntó si habían seguido el tratamiento señalado por el doctor, si habían mejorado sus síntomas y si sentían que el doctor los había atendido bien.

Los 13 pacientes señalaron que habían seguido el tratamiento señalado por el doctor; 8 manifestaron que se sentían igual y 5 que habían mejorado poco. Y sólo 2 señalaron que sintieron que el doctor no había hecho mucho por ellos. Es necesario mencionar que un componente importante en el tratamiento de los gerontes que presentan síntomas depresivos, es la percepción que estos tienen de la importancia o el interés que le presta el médico tratante a sus dolencias.

Cinco pacientes no fueron identificados como depresivos por los médicos luego de dos consultas.

Estos cinco pacientes tienen en común que sus médicos tratantes fueron los que menos pacientes depresivos pudieron identificar, y no identificaron a ninguno de los 19 pacientes que se les pudo aplicar la escala G.D.S. dos veces.

Es pertinente señalar que el enfermo deprimido suele presentar diversos síntomas físicos y en algunas ocasiones los síntomas psíquicos, emocionales y cognoscitivos, no son muy evidentes. Posiblemente esta sea la razón de que estos cinco pacientes no hayan sido identificados por sus médicos tratantes. No obstante la posibilidad de identificar un síndrome depresivo, en estos pacientes, es de trascendental importancia ya que su tratamiento puede ser sencillo y pueden obtenerse resultados terapéuticos satisfactorios en un tiempo relativamente breve de problemas médicos que generalmente tienden a repetirse, y en los cuales la medicación ansiolítica mejora, pero no cura el padecimiento.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al finalizar el presente estudio realizado en una muestra de gerontes atendidos en el Servicio de Geriatria del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, podemos extraer las siguientes conclusiones y recomendaciones.

A. CONCLUSIONES

1. El Servicio de Geriatria atiende un promedio de 110 (ciento diez) pacientes mensualmente, en los cuales se ha podido determinar una tasa general de prevalencia de depresión del 30% (treinta por ciento).
2. No se registraron diferencias significativas en las tasas de depresión por sexo. Encontrándose que la tasa de depresión tanto en hombres como en mujeres era del 30%.
3. Los pacientes de 90 y más años de edad registran las mayores tasas de depresión, alcanzando un valor del 50%.
4. Las tasas más baja de depresión la registran los pacientes que padecen de un trastorno diagnosticado. Alcanzado una tasa de depresión del 14%.
5. Los pacientes que habían cursado estudios universitarios presentaban una tasa de depresión del orden del 50%.

6. Los síntomas depresivos se presentan con mayor frecuencia en los pacientes con polimorbilidad .
7. Los pacientes que viven con su cónyuge registran la tasa de depresión mas baja en relación a los que viven solos o con, sus hijos u otros familiares.
8. El 39% de los pacientes deprimidos no acuden a su siguiente consulta médica.
9. El 32% de los pacientes deprimidos que acuden a su siguiente cita médica, experimentan mejoría en sus síntomas de depresión, sin recibir ningún tipo de medicamento directamente relacionado con su estado de ánimo y señalan que se médico tratante, los había atendido bien.
10. El 68% de los pacientes deprimidos que acudieron a su siguiente consulta, no experimentaron mejoría en sus síntomas de depresión y sólo el 15% señaló que su médico tratante no había hecho mucho por ellos.
11. Al 15% de los pacientes que no mejoraron se le registró algún tratamiento directamente relacionado con su estado de ánimo.

12. La escala G.D.S. es un instrumento válido y confiable para la identificación de gerontes deprimidos, y los síntomas de depresión que explora son los cognitivos y emocionales.
13. Los geriatras registraron como deprimidos al 45% de los pacientes que presentaban síntomas depresivos.
14. Los síntomas somáticos de depresión fueron los más registrados por los médicos geriatras.

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios en los que se investigue la prevalencia de síntomas depresivos en otras poblaciones de gerontes, a saber gerontes de los programas de la tercera edad a nivel de las policlínicas y los grupos de pensionados y jubilados.
2. Realizar investigaciones para determinar factores de riesgo asociados a la depresión en gerontes, tales como edad, condición de salud, educación y estado civil.
3. Deberá prestarse atención especial a los gerontes de mayor edad y a los que presentan polimorbilidad para prevenir y tratar oportunamente la depresión en estos grupos.
4. Organizar seminarios dirigidos al personal que labora en el Servicio de Geriátrica a fin de orientarles en la identificación y tratamiento de la depresión en gerontes.
5. Incorporar la escala G.D.S. a la batería de pruebas que se utilizan para medir la salud de los gerontes a fin de vigilar el estado de ánimo de los mismos y poder ejecutar acciones oportunas.

6. Coordinar con el departamento de Trabajo Social del C.H.M. A.A.M., a fin de que se le pueda dar seguimiento a los gerontes deprimidos que no asisten a sus consultas.
7. Incorporar dentro del equipo interdisciplinario que labora en el Servicio de Geriatría, a un Psicólogo a fin de que brinde tratamiento a los gerontes deprimidos, así como orientar a los familiares de los gerontes en el cuidado de los mismos.
8. Organizar grupos de apoyo de pacientes deprimidos en los que puedan compartir, comprender, aceptar sus problemas y aprender algunas estrategias terapéuticas que le permitan superar la depresión.
9. Que se utilicen los criterios diagnósticos del DSM-III-R o el CIE-10 a fin de facilitar la identificación, el registro y tratamiento de los pacientes deprimidos.
10. Que se preste especial cuidado en la relación médico paciente, como herramienta importante en la recuperación de los pacientes.

APENDICE

Escala de Disposición de Animo.

(Forma abreviada)

Escoja la mejor respuesta de acuerdo como se sintió la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida? Si / No
 2. ¿Han decaído muchas de sus actividades e intereses? . . . Si / No
 3. ¿Siente que su vida está vacía? Si / No
 4. ¿Con frecuencia se siente aburrido? Si / No
 5. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? Si / No
 6. ¿Teme usted que algo malo le vaya a suceder? Si / No
 7. ¿Se siente usted alegre la mayor parte del tiempo? Si / No
 8. ¿Con frecuencia se siente desvalido? Si / No
 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, en vez de
salir y realizar actividades? Si / No
 10. ¿Siente usted que tiene más problemas de
memoria que los demás? Si / No
 11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora? Si / No
 12. ¿Se siente usted ahora inútil en su forma de ser? Si / No
 13. ¿Se siente lleno de energía? Si / No
 14. ¿Siente que su situación es desesperante? Si / No
 15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están
en mejores condiciones que usted? Si / No
-
-

ESTIMACION DE LA SENSIBILIDAD Y LA
 ESPECIFICIDAD DE LA ESCALA G.D.S
 AÑO 1991

Gerontopsiquiatra

Deprimidos No Deprimidos

G. D. S.	Depri- midos	8	4	12
	No Depri- midos	2	27	29
		10	31	41

$$\text{Sensibilidad} = \frac{8}{10} = 80\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{27}{31} = 87\%$$

ESTUDIO DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN GERONTES

Paciente..... CSS.....

Edad..... Sexo.....

A. Diagnóstico: _____

B. Si el paciente presenta depresión, señale los síntomas que manifiesta: _____

C. Tratamiento Administrado: _____

D. Si el paciente fue referido señalar a que servicio o especialista se le refirió: _____

Médico: _____ Fecha: _____

Próxima Consulta: _____

BIBLIOGRAFIA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) CALDERON NARVAEZ, Guillermo. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento, México, Editorial Trillas, 1985, 175 p.
- (2) O.P.S. Hacia el bienestar de los ancianos, Publicación Científica NO 492, 1985, 183 p.
- (3) LEVAV Itzhak et al. "Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107, No. 3 (1989) 196-219 p.
- (4) GOLD, Mark. Buenas noticias sobre la depresión. Cómo tratarla y curarla con los avances de la nueva psiquiatría, Buenos Aires, Ediciones Javier Vergara, 1987, 433 p.
- (5) MARIAS, Julián et al. Higiene preventiva de la tercera edad, Madrid, Editorial Karpos, S.A., 1979, 280 p.
- (6) GURLAND, Barry. "The comparative frequency of depression in various adult age groups". Journal of Gerontology, Vol. 31, No. 3 (1976) 283-292 p.
- (7) BRINK, T. L. et al. "Screening test for geriatric depression". Clinical Gerontologist, Vol. 1, No. 1 (1982) 37-43 p.
- (8) KANTON, Wayne et al. "Depression and Chronic Medical Illness". Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 51, No. 6 (Junio, 1990) 3-14 p.
- (9) GAVIRIA, Moisés et al. Depresión. Aspectos clínicos y tratamiento, Programa de Cooperación Internacional "Simón Bolívar", Illinois, U.S.A., 1988, 80-88 p.
- (10) LANGARICA Salazar, Raquel. Gerontología y' geriatría, México, D.F., Interamericana, S.A., 1987, 298 p.
- (11) NASSAR Barahona, Hannia y Sonia Abarca Mora. Psicología del adulto, Costa Rica, Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1983, 167 p.
- (12) LARA, Yanina y Vivian Vergara. Descripción evaluativa de una muestra gerontológica panameña, de ambos sexos, mediante la utilización de la prueba de los Procedimientos Evaluativos de Clifton para Personas

- de Edad Avanzada, considerando la condición asilar y no asilar, Panamá, Tesis, Universidad Santa María La Antigua, 1987, 457 p.
- (13) CARSTENSEN, Laura et al. Gerontología Clínica: El envejecimiento y sus trastornos, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A., 1989, 199 p.
- (14) MISHARA, B.L. Y R.G. Riedel. El proceso de envejecimiento, Madrid, Ediciones Morata, S.A., 1986, 282 p.
- (15) JAEN, Raúl et al. Estudio de la prevalencia de la Hipertensión Arterial, según características y actividades personales, Universidad de Panamá, inédito, material mimeografiado, 1990
- (16) CARSTENSEN, Laura et al. Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A., 1990, 246 p.
- (17) DA COSTA, Dora de. Trastornos emocionales de la Tercera Edad. Diagnósticos, profilaxis y tratamientos, Inédito, material mimeografiado, Panamá, 1991
- (18) A.P.A. Breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Masson, S.A., 1992, 122 p.
- (19) O.M.S. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, (CIE-10), Organización Mundial de la Salud, Borrador de la versión española, 93-94 p.
- (20) KALISH, Richard A. La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano, Madrid, Ediciones Pirámide S.A., 1983, 238 p.
- (21) JENIK, Michel A. Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology, a clinical approach, Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989, 381 p.
- (22) RUBIN, Eugene et al. "Response to treatment of depression in the old and very old". Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, Vol. 4, No. 2 (April-Junio, 1991) 65-70 p.
- (23) KIELHOLZ, Paul. El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos, Barcelona, Editorial Herder, 1983, 206 p.

- (24) CASTILLA DEL PINO, Carlos. Un estudio sobre la depresión, fundamentos de antropología dialéctica, 8a. edic., Barcelona, Ediciones Península, 1981, 443 p.
- (25) COBO, Carlos. La depresión infantil, del nacimiento a la adolescencia, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, S.A., 1992, 311 p.
- (26) DIO BLEICHMAR, Emilce. La depresión en la mujer, 3a. edic., Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1991, 274 p.
- (27) BURNS, David. Feeling Good, the new mood therapy, New York, New American Library, 1981, 199 p.
- (28) BLAZER, Dan G. Síndromes depresivos en geriatría, Barcelona, Ediciones Doyma, 1984, 362 p.
- (29) VALLEJO RUILOBA, J. y C. Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona, Salvat Editores, S.A., 1990, 626 p.
- (30) YESAVAGE, Jerome. "Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report". Journal of Psychiatry Research, Vol. 17, No. 1 (1982) 37-49 p.
- (31) FLOREZ Tascón, F.J. y J.M. López Ibor. Saber envejecer, Cómo vivir mejor, 3a. edic., Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1991, 275 p.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- A.P.A. Breviario del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association, Masson, S.A. 1992, 323 p.
- BLAZER, Dan G. Síndromes depresivos en geriatría, Barcelona, Ediciones Doyma, 1984, 362 p.
- BLAZER, Dan. "Depression in the elderly". New England Journal of Medicine. No. 320 (Enero, 1989) 164-166 p.
- BRINK, T. L. et al. "Screening tests for geriatric depression". Clinical Gerontologist, Vol. 1, No. 1 (1982) 37-43 p.
- BURNS, David. Feeling good, the new mood therapy, New York, New American Library, 1981, 416 p.
- CALDERON Narvaez, Guillermo. Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento, México, Editorial Trillas, 1985, 252 p.
- CARSTENSEN, Laura et al. Gerontología Clínica: El envejecimiento y sus trastornos, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A., 1989, 199p.
- CARSTENSEN, Laura et al. Gerontología Clínica: Intervención psicológica y social, Barcelona, Ediciones Martínez Roca, S.A., 1990, 246 p.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. Un estudio sobre la depresión, fundamentos de antropología dialéctica, 8a. edic., Barcelona, Ediciones Península, 1981, 443 p.
- COBO, Carlos. La depresión infantil, del nacimiento a la adolescencia, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, S.A., 1992, 311 p.
- DA COSTA, Dora de. Trastornos emocionales de la Tercera Edad. Diagnósticos, profilaxis y tratamientos. Material mimeografiado, Panamá. 1991
- DIO BLEICHMAR, Emilce. La depresión en la mujer, 3a. edic., Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1991, 274 p.

- FANN, William. "Pharmacotherapy in older depressed patients". Journal of Gerontology. Vol. 31, No. 3 (1976) 304-310 p.
- FESCINA, Ricardo et al. Evaluación de los procedimientos diagnósticos. O.P.S. Publicación Científica CLAP No.999
- FIEVE, Ronald. Moodswing, 2a. edic., New York: Bantam Books, 1989, 268 p.
- FLOREZ Tascón, F.J. y J.M. López Ibor. Saber envejecer, Cómo vivir mejor, 3a. edic., Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1991, 275 p.
- GAVIRIA, Moisés et al. Depresión. Aspectos clínicos y tratamiento, Programa de Cooperación Internacional "Simón Bolívar" . Illinois, U.S.A. , 1988, 127 p.
- GOLD, Mark. Buenas noticias sobre la depresión. Cómo tratarla y curarla con los avances de la nueva psiquiatría, Buenos Aires, Ediciones Javier Vergara, 1987, 433 p.
- GOMEZ M., G. et al. "Aspectos rehabilitadores en psicogeriatría". Geriatría, Vol. 5, No. 7 (1989) 379-382 p.
- GURLAND, Barry. "The comparative frequency of depression in various adult age groups". Journal of Gerontology, Vol. 31, No. 3 (1976) 283-292 p.
- JAEN, Raúl et al. Estudio de la prevalencia de la Hipertensión Arterial, según características y actividades personales, en las zonas de supervisión 28-14 y 28-15 del corregimiento de Río Abajo, durante los meses de septiembre y octubre de 1990. Universidad de Panamá, Material mimeografiado, 1990.
- JARVIK, Lissy. "Aging and depression: some unanswered questions". Journal of Gerontology. Vol. 31, No. 3 (1976) 324-326 p.
- JENIK, Michel A. Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology, a clinical approach, Chicago, Year Book Medical Publishers, Inc., 1989
- KALAYAM, Balu et al. "Geriatric Psychiatry: And update". Journal of Clinical Psychiatry. Vol. 51, No. 5 (Mayo, 1990) 177-183 p.

- KALISH, Richard A. La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano, Madrid, Ediciones Pirámide S.A., 1983, 238 p.
- KANTON, Wayne et al. "Depression and Chronic Medical Illness". Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 51, No. 6 (Junio, 1990) 3-14 p.
- KAY, David y Graham Burrows. Handbook of studies on psychiatry and old age. Elsevier Science Publishers, 1984, 190 p.
- KIELHOLZ, Paul. El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos, Barcelona: Editorial Herder, 1983, 206 p.
- KIVELÄ, Sirkka-Liisa et al. "The prognosis of depression in old age" International Psychogeriatrics. Vol. 1, No. 2 (1989). 119-133 p.
- KRAL, Vojtech. "Somatic therapies in older depressed patients". Journal of Gerontology. Vol. 31, No. 3 (1976) 311-313 p.
- LACHS, Mark. "A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients". Annals of Internal Medicine, Vol. 112, No. 9 (Mayo, 1990) 699-706 p.
- LANGARICA Salazar, Raquel. Gerontología y geriatría, México, D.F.: Interamericana, S.A., 1987, 298 p.
- LARA, Yanina y Vivian Vergara. Descripción evaluativa de una muestra gerontológica panameña, de ambos sexos, mediante la utilización de la prueba de los Procedimientos Evaluativos de Clifton para Personas de Edad Avanzada, considerando la condición asilar y no asilar. Panamá, Tesis, Universidad Santa María La Antigua, 1987. 457 p.
- LAZAR, Ira y Toksoz Karasu. "Evaluation and management of depression in the elderly". Geriatrics. (Diciembre, 1980). 47-53 p.
- LEHMANN, Heinz. "Affective, disorders in the aged". Psychiatric Clinics of North America. Vol. 5, No. 1 (Abril 1982). 27-44 p.
- LEHR, Ursula. Psicología de la senectud, Barcelona: Editorial Herder, 1980, 432 p.
- LEVAV Itzhak et al. "Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.

Vol. 107, No. 3 (1989) 196-219 p.

LOPEZ, Luis. Trabajos de graduación e informes, procedimientos y técnicas para su elaboración, 4a. edic., Panamá, 1993, 197 p.

MARIAS, Julián et al. Higiene preventiva de la tercera edad, Madrid: Editorial Karpos, S.A., 1979, 280 p.

McKEGNEY, Patrick et al. "Identifying depression in the old old". Psychosomatics. Vol. 29, No. 2 (1988) 175-180 p.

MENDLEWICZ, Julien. "The age factor in depressive illness. Some genetic considerations". Journal of Gerontology. Vol. 31, No. 3 (1976) 300-303 p.

MIRANDA, Noemí C. de La conducta anormal en el ámbito social de la Ciudad de Panamá, Panamá, Cuadernos la Antigua, 1982

MISHARA, B.L. y R.G. Riedel. El proceso de envejecimiento, Madrid: Ediciones Morata, S.A., 1986, 282 p.

NASSAR Barahona, Hannia y Sonia Abarca Mora. Psicología del adulto, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1983, 167 p.

O.M.S. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. (CIE-10). Organización Mundial de la Salud. Borrador de la versión española. 241 p.

O.P.S. Trastornos depresivos en diferentes culturas, Publicación Científica Nº 458, 1983, 156 p.

O.P.S. Hacia el bienestar de los ancianos, Publicación Científica Nº 492, 1985, 183 p.

O.P.S. MANUAL DE PSIQUIATRIA PARA TRABAJADORES DE ATENCION PRIMARIA, Serie PALTEX para técnicos y auxiliares, 1983, 100 p.

O.P.S. "La salud en la tercera edad. Resultados preliminares de la encuesta de necesidades de los ancianos en América Latina y el Caribe". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 107, No. 4 (Octubre, 1989) 347-362 p.

- RIBERA, D. et al. "Prevalencia de los estados depresivos en ancianos y sus determinantes psicosociales". Geriátrika, Vol. 5 No. 7 (1989) 357-364 p.
- RUBIN, Eugene et al. "Response to treatment of depression in the old and very old". Journal of geriatric Psychiatry and Neurology, Vol. 4, No. 2 (Abril-Junio, 1991) 65-70 p.
- SCHWOB, Marc. Cómo vencer la depresión. Colombia: Ediciones Paulinas, 1993, 136 p.
- SHEIKH, Javaid y Jerome Yessavage. "Geriatric Depression Scale (GDS), Recent evidence and development of a shorter version". Clinical Gerontologist. Vol. 5, No. 12 (Junio, 1986) 165-173 p.
- SKINNER, B.F. Disfrutar la vejez, Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A., 1986, 181 p.
- STOKES, Peter. A systematic approach to the depressed patient in family practice. USA: Dista Products Company, 1990, 40 p.
- STURGEON, Wina. Depresión, cómo identificarla, cómo curarla, cómo superarla, 4a. edic., Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A., 1981, 297 p.
- TAMAYO Y TAMAYO, Mario. Metodología formal de la investigación científica, México: Editorial Limusa, 1990, 159 p.
- VALLEJO-NAGERA, Juan A. Ante la depresión, 27a. edic., Barcelona: Editorial Planeta, S.A., 1992, 144 p.
- VALLEJO RUILOBA, J. y C. Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión, Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1990, 626 p.
- VEITH, Richard C. "Depression in the elderly". Jornal of the American Geriatrics Society. Vol. 30, No. 9 (Septiembre, 1982). 581-584 p.
- VICKERS, Raymond. "The therapeutic Milieu and the older depressed patient". Journal of Gerontology. Vol. 31, No. 3 (1976) 314-317 p.
- WARNER, Enrique y María Vives. Estudio de un grupo de la Tercera Edad mediante la utilización de las técnicas de la Dinámica de Grupos. Panamá, Tesis, Universidad Santa

María La Antigua, 1988. 273 p.

YESAVAGE, Jerome. "Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report". Journal of Psychiatry Research, Vol. 17, No. 1 (1982) 37-49 p.

ZUNG, William. "Depression in the normal aged". Psychosomatics, Vol. 8, (Septiembre-Octubre, 1967) 287-291 p.

ZUNG, William. "The role of rating scales in the identification and management of the depressed patient in the primary care setting". Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 51, No. 6 (Junio, 1990) 72-76 p.