

TRASTORNOS DEPRESIVOS EN POBLACIONES ANCIANAS EN EL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

TIPOS DE TRASTORNOS Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y SOCIO-FAMILIARES

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
ÁREA DE PSIQUIATRÍA
Y
FUNDACIÓN SANTA MARIA DE LOS ALAMOS
INVESTIGACIÓN

Investigador principal
Rafael Patrocinio Alarcón Velandia
Médico Psiquiatra, Master en Salud Pública
Profesor Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Tecnológica de Pereira- Colombia

Coinvestigadores
Luis Hernando García Ortiz. Geriatra
Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UTP- Colombia
Marya J. Bernal B, estudiante Facultad de Ciencias de la Salud UTP
Lina Maritza Duque Pineda, estudiante Facultad de Ciencias de la Salud UTP
Ricardo Antonio Franco, estudiante de Facultad de Ciencias de la Salud UTP
Diógenes Alfonso Arrieta, estudiante de Facultad de Ciencias de la Salud UTP
Mónica Castañeda, estudiante de Sociología, Universidad Nacional de Bogotá

Estadísticos
Hermam Serrano, doctor en estadísticas y matemáticas
Ingeniera Adriana de Serrano, estadística y diseño

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación realizada en 200 personas mayores de 60 años en la ciudad de Pereira, Colombia, desarrollada por el grupo "Clínica de la Memoria, Demencias y el Envejecimiento Normal" (CMDEN) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira. Se analizaron los factores de riesgo individual, familiar y social para padecer algún tipo de depresión. Además se diagnosticó el tipo de depresión de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Los resultados mostraron que sola-

mente el 27,9% de los ancianos estudiados presentaba algún tipo de depresión. Se examinaron sus causas.

Palabras clave: depresión, riesgo, diagnóstico.

Abstract

It's presented in this article a summarized report of the investigation carried out in 200 people the 60 years old in the city of Pereira, Colombia, for the group "the Clinic of the Memory, Dementia and Normal Aging" (CMDEN) of the School Sciences of the Health of the Technologi-

cal University of Pereira. The factors of the risk and type the presentation were analyzed the singular, family and social for the depressive state. Also carried out the diagnosis of the type of the depressive dysfunction suffered according to approaches of the DSM-IV. The results inform us that only the 27,9% of they suffered of depressive dysfunction and their causes are analyzed.

The key words: depression, risk, diagnosis.

Planteamiento del problema y justificación

Como consecuencia de la investigación de tipo descriptivo, transversal, que se realizó en el segundo semestre del año 1999 en un grupo de personas mayores de 65 años que consultaron al Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas (2), y de las observaciones en la consulta externa del Hospital Universitario Mental de Risaralda, realizada por el grupo de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal (CMDEN) de la Facultad de Medicina de la UTP, en donde una proporción cercana al 35% de los consultantes ancianos presentaba síntomas depresivos o una depresión mayor, se planteó la necesidad de iniciar un estudio sobre este trastorno afectivo en diferentes grupos poblacionales para determinar los factores de riesgo individuales y socio-familiares que incidieran en la presentación de dicho proceso morboso.

Siendo la depresión uno de los motivos de consulta más frecuente y, observándose que produce disfuncionalidad marcada en las personas que la sufren, así como ser la responsable de una serie de conflictos familiares, problemas asistenciales debido a que las instituciones de salud y la protección de seguridad social no ofrece a los ancianos una atención y tratamiento integral satisfactorios, se hace necesario determinar características de dichos trastornos psicoemocionales con el fin de establecer pautas de fomento de estilos de vida saludables que disminuyan el riesgo de presentación, así como el deterioro físico y mental del anciano.

Como son objetivos de la CMDEN de la UTP la investigación y los programas de extensión, se plantea este proyecto como contribución al conocimiento de la depresión en varios grupos poblacionales de personas mayores de 60 años, los cuales se diferencian por estratos socioeconómicos y por características individua-

les. El interés por conocer los aspectos propuestos es la ausencia en la región de estudios similares, bien diseñados, que caractericen los factores predisponentes, contribuyentes y precipitantes de los trastornos depresivos en diferentes grupos de ancianos, los cuales, según los datos del DANE (1) conforman cerca del 4% del total de la población en el Departamento de Risaralda, o sea unos 38.000 habitantes, con proyecciones de aumento en las próximas dos décadas.

A través de las observaciones clínicas realizadas por el grupo de investigadores se evidencian situaciones y hechos que determinan la aparición de estados psicoemocionales hipotímicos, especialmente síntomas depresivos, que alteran la calidad de vida de los ancianos llevando a deterioro de las funciones cognoscitivas y la funcionalidad, originando estados conflictivos en el seno familiar, los cuales tendrán que disponer de un cuidador, muchas veces no preparado, para la protección y el suministro de los medios de subsistencia básicos del anciano. Se establece la necesidad de determinar y sistematizar estos factores con el fin de proponer acciones que permitan disminuir o controlar el impacto de estas patologías en el anciano y sus familias.

Impacto esperado

Se pretende que el conocimiento obtenido de esta investigación permita la profundización teórica y práctica de la depresión en ancianos, así como el desarrollo de propuestas del grupo a organismos gubernamentales, asistenciales, educativos, de salud y otras instituciones dedicadas al cuidado o protección del viejo.

A nivel de la CMDEN, de la UTP, permitirá reorientar los programas de pregrado que se tienen en la Facultad de Medicina, en lo concerniente a los estados psicoemocionales de la población anciana, haciendo énfasis en los trastornos depresivos, como entidades de altas prevalencia e incidencia.

En cuanto a los programas de extensión académica dirigidos a profesionales de la salud, se actualizarán sus conocimientos, con lo cual se espera los apliquen en sus actividades asistenciales con ancianos.

Una de las pretensiones es la utilización de los resultados por los organismos estatales de salud (Secretaría Departamental e institutos municipales) para desarrollar programas de fomento y prevención de trastornos psi-

co-emocionales en las poblaciones ancianas de acuerdo a sus características socioeconómicas.

Las Empresas Promotoras y las Instituciones Prestadoras de Salud podrán beneficiarse con la caracterización de los factores predisponentes de la depresión en ancianos, para orientar sus programas asistenciales a nivel primario y secundario, fomentando así acciones preventivas y posiblemente racionalizar los costos de los servicios.

A nivel de la investigación regional y nacional nos induce al conocimiento de una entidad que se sospecha de alta prevalencia e incidencia, no cuantificada hasta el momento, en la cual intervienen múltiples factores etiológicos, no clarificados, y que pueden ser objeto de intervención. Ello inducirá a disminuir el impacto en el individuo, la familia y el nivel asistencial. Además, orientará a establecer programas educativos en áreas de las ciencias de la salud para una preparación adecuada del recurso humano destinado al cuidado del anciano. También originará fuentes de nuevas investigaciones en la materia, más específicas a nivel biológico, clínico y social.

En el ámbito social es posible utilizar los resultados por ONGs y otras entidades dedicadas al cuidado o protección de ancianos, las cuales obtendrían datos de importancia sobre los factores de riesgo que atenten contra su bienestar físico y emocional, pudiendo intervenir sobre ellos.

En las familias permitirá identificar causales de riesgo que afecten la dinámica, pudiéndose establecer programas que controlen los factores de conflicto y la tensión originada por los mismos, como posibles acciones de abandono o maltrato al anciano.

A nivel individual los resultados podrán utilizarse para brindarle al anciano pautas de autocuidado y responsabilidad que le generen un estilo de vida más saludable y le disminuya la intensidad de sus padecimientos físicos y psicológicos.

Marco teórico

La población colombiana está envejeciendo según los datos oficiales del DANE y de las entidades de salud (1). Se estima que los mayores de 65 años pueden estar alrededor del 4 al 7% de la población total, o sea

unos tres millones de habitantes. En el Departamento de Risaralda se calcula que los ancianos son aproximadamente 38.000 personas (2). Se carece de los indicadores de morbilidad mental, y especialmente de trastornos depresivos, debido a deficiencias en el diagnóstico, a la ausencia de programas específicos y a la confusión del término "depresión" por los trabajadores de la salud, en todos los niveles de atención.

El envejecimiento poblacional no sólo se constituye en un fenómeno demográfico, sino que origina implicaciones a nivel social, asistencial, educativo y económico. La esperanza de vida cada vez mayor se revela como un reto para la capacidad de brindar mejores estándares de vida a la población. La aparición de nuevas patologías mentales y orgánicas en los ancianos, como la acentuación de otros procesos mórbidos, determina la necesidad de explorar factores de riesgo y conductas terapéuticas con el fin de disminuir el impacto a nivel individual y social. Uno de los procesos que más preocupa es el aumento de la sintomatología depresiva, caracterizada por varios grupos de trastornos clínicamente diferenciados. La importancia de su detección radica en poder intervenir tempranamente, para así evitar la instalación del estado depresivo y sus consecuencias.

En nuestro medio son pocos los estudios realizados sobre la prevalencia e incidencia de los diferentes trastornos depresivos en personas mayores de 60 años; los datos que aplicamos son extrapolados de estudios realizados en Estados Unidos o de países Europeos, en donde la proporción de ancianos supera al 20% del total. Por ejemplo, en Gran Bretaña la prevalencia de los trastornos depresivos en mayores de 65 años es del 4% (3). El Epidemiologic Catchment Area (ECA), uno de los mayores estudios a nivel mundial (3), encontró enfermedad depresiva en ancianos, mayor al 1% del total de la población. La carencia de uniformidad de los criterios de diagnóstico y de los grupos poblacionales estudiados, no ha permitido esclarecer los indicadores globales de prevalencia de los trastornos depresivos y las características de los mismos.

Estudios en ancianos hospitalizados, en unidades de cuidados agudos, revelan una prevalencia del 12%. De otro lado los ancianos que habitan en hogares geriátricos o padecen de enfermedades crónicas, el estado depresivo concomitante se eleva al 25% (7).

En una muestra de 127 pacientes ancianos examinados por el grupo de la Clínica de la Memoria, las Demencias y el Envejecimiento Normal de la UTP (CMDEN), en el Hospital de Santa Mónica de Dosquebradas en el segundo semestre del año 1999, se evidenció que los trastornos depresivos se constituían en la segunda causa de morbilidad, presentándose en el 35% de los pacientes. Sin embargo no se caracterizó el tipo de diagnóstico ni los posibles factores causales específicos. Por las observaciones clínicas que se hacen en la consulta de ancianos en el hospital intuimos que la prevalencia de esta morbilidad mental puede ser mayor si dedicáramos esfuerzos en detectarla y estudiarla.

Al estudiar los trastornos depresivos se plantea una serie de interrogantes que exigen un análisis detallado y de los cuales no existen estudios en la región que permitan aclararlos: factores de riesgo predisponentes, contribuyentes o precipitantes; factores etiológicos, biológicos, psico-afectivos y sociales; comorbilidad mental u orgánica; implicaciones del uso o abuso de medicamentos para otras patologías, psicofármacos o psicotóxicos; impacto de situaciones tensionantes o de malestar en el anciano; estructuras de personalidad previa.

El avance en la tecnología de las radio-imágenes nos ha permitido el estudio del funcionamiento y de las estructuras cerebrales con mayor precisión. Técnicas como el TAC, RNM, fRNM, PET y SPECT han sido utilizadas para correlacionar psicopatología con deficiencias cerebrales. En nuestro medio no existe ningún estudio de depresión en ancianos, relacionado con estas técnicas diagnósticas, a pesar de contar con TAC y RNM. Considerando que los procesos de envejecimiento se acompañan de cambios en las estructuras y en el funcionamiento cerebral, y que la RNM nos permite observar con mayor resolución la sustancia blanca, la sustancia gris, los ganglios basales, el tallo cerebral, el cerebelo y los vasos sanguíneos (AP), se ha planteado que en los procesos psicopatológicos afectivos, especialmente en depresión en personas ancianas, se encuentra (16):

Disminución del volumen cortical cerebral, especialmente en los lóbulos parietales.

Calcificación de los plexos coroides y de la glándula pineal.

Hiperintensidades en la sustancia blanca y en regiones subcorticales, especialmente en regiones frontal y periventriculares.

Aumento del volumen de los ventrículos laterales.

Disminución significativa de la actividad de los lóbulos frontales, temporales y parietales. Hechos que se evidencian con mayor precisión en la fRNM, PET y SPECT (17).

Los sistemas de atención al anciano, deficientes de por sí en nuestro medio, no permiten esclarecer la morbilidad depresiva única o como comorbilidad. Se precisa entonces iniciar un proceso investigativo de varios años y en diferentes fases para lograr los conocimientos básicos que permitan intervenir a nivel de salud pública, asistencia y fomento de vida saludable en nuestra población, la cual en las próximas décadas presentará porcentajes cercanos al 20% de ancianos mayores de 65 años, dentro de los cuales los trastornos depresivos pueden superar el 30%.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los tipos y los factores de riesgo de los trastornos depresivos en varias poblaciones de ancianos en el Departamento de Risaralda.

Objetivos específicos

Determinar factores de riesgo individuales que induzcan a la depresión en ancianos.

Establecer las características sociodemográficas básicas que puedan contribuir a los trastornos depresivos en ancianos.

Identificar antecedentes psicopatológicos previos que conduzcan a la presentación de la depresión en ancianos.

Identificar características del consumo de psicofármacos, medicamentos y otras sustancias que pueden intervenir en la aparición de síntomas depresivos en ancianos.

Establecer una correlación entre la clínica de la depresión en ancianos con hallazgos de radio-imágenes ce-

rebrales (Resonancia Nuclear Magnética Cerebral)

Determinar factores de la dinámica familiar que contribuyan a la presencia de estados depresivos en ancianos.

Identificar situaciones socioeconómicas y asistenciales que predispongan a la aparición de síntomas depresivos en ancianos.

Establecer comorbilidad orgánica, como factor contribuyente de estados depresivos en ancianos.

Establecer factores de tensión y malestar que afecten el estado emocional en el anciano.

Determinar los trastornos depresivos prevalentes en los diferentes grupos de ancianos.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo transversal, en personas mayores de 60 años de ambos sexos, de diferentes estratos socioeconómicos. Con una duración de un año (noviembre 2001 a noviembre de 2002).

Para la recolección de los datos se diseñó un protocolo que permitió la uniformidad de los mismos en todos los grupos (ver anexo1). Se utilizó la Escala de Depresión de Yesavage (versión corta) en todos los pacientes. Se aplicó el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) con el fin de observar los cambios cognoscitivos relacionados con la depresión.

El instrumento del protocolo contempló las variables:

Edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad e identificación.

Referentes al número de hijos, hijos responsables, dinámica familiar.

Nivel socioeconómico, calidad de la vivienda, seguridad social, ingresos económicos.

Antecedentes personales de psicopatología, tratamientos recibidos, consumo de psicofármacos y sus características.

Padecimiento de enfermedades orgánicas y tratamientos para las mismas.

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas.

Factores de tensión y malestar en el anciano.

Tipos de trastornos depresivos, de acuerdo al DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Resultados de las pruebas neuropsicológicas.

La aplicación de Resonancia Nuclear Magnética Cerebral (RNMC) no se realizó, como se había planteado inicialmente, debido a problemas económicos por los costos de los exámenes y el acortamiento del presupuesto para la investigación.

El estudio se realizó con grupos de personas mayores de 60 años, así:

Grupo uno: pacientes consultantes al Hospital Universitario Mental de Risaralda y a la Fundación Santa María de los Álamos, la mayoría de estratos uno, dos y tres.

Grupo dos: pacientes consultantes al Instituto del Sistema Nervioso de Risaralda, la mayoría de estratos dos, tres y cuatro.

Grupo tres: pacientes particulares de los consultorios de psiquiatras, la mayoría de estratos tres, cuatro, cinco y seis.

Grupo cuatro: de ancianatos, hogares de ancianos y cabildos de ancianos, la mayoría de estratos uno, dos y tres. Este grupo sería de control.

El diligenciamiento del protocolo a los ancianos fue realizado por:

El médico psiquiatra, investigador principal.

El médico internista geriatra.

Los estudiantes de medicina, debidamente entrenados, a excepción de la parte de diagnóstico que fue realizada exclusivamente por el psiquiatra, pero en discusión con el grupo.

Los mismos investigadores diligenciaron la Escala de Depresión de Yesavage (versión corta) y el MMSE.

El análisis de resultados se realizó por todo el grupo de investigadores. Para el procesamiento de los datos y los resultados respectivos se utilizó un programa computarizado Epi-Info 6.04. Se estableció una programación semanal de recolección de datos y análisis de los

mismos para ingresar al sistema de procesamiento y estadístico.

Los criterios de diagnóstico de los trastornos depresivos se rigieron por el DSM-IV de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Resultados

Al terminar la investigación se obtuvieron los siguientes resultados:

Se analizaron 270 personas, todas mayores de 60 años, a las cuales se les aplicó el protocolo clínico, la escala de Yesavage (versión corta) y el MMSE. Se descartaron para el análisis final del estudio 70 personas, debido a deterioro cognoscitivo grave, retardo mental, falta de colaboración y dificultades en la aplicación de los instrumentos. 70 (35%) fueron hombres y 130 (65%) mujeres.

A 144 personas no se les evidenció ningún tipo de depresión, o sea el 72,1% de la población estudiada. Solamente a 56 se les diagnosticó depresión, un 27,9% de los estudiados (ver tabla No.1 y gráfica No.1). Solamente el 8,5% (17) de los hombres examinados presentó algún tipo de depresión; en cuanto a las mujeres el 19,5% (39) tuvo algún trastorno depresivo (ver Tabla No.1).

| Trastornos | Masculino | Femenino |
|---------------|------------|------------|
| Con depresión | (17) 8.5% | (39) 19.5% |
| Sin depresión | (53) 26.5% | (91) 45.5% |

Tabla 1

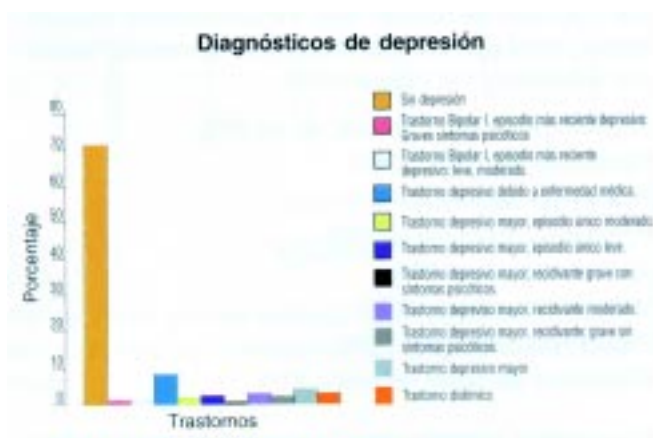


Figura 1

El 97,5% (195) se declaró católico y solamente el 2,55% (5) adujo no tener ninguna preferencia religiosa.

El civil de los ancianos y adultos mayores deprimidos: 16.1% casados, 5.4% en unión libre, 21.4% viudo, 42.9% soltero y el 14.3% separado. De los no deprimidos: 24.3% casado, 3.5% soltero, 27.1% viudo, 34.7% soltero y el 10.4% separado (Tabla No. 2).

| Estado civil | | | | | |
|---------------|---------|-------------|--------|----------|-----------|
| Estado civil | Casados | Unión libre | Viudos | Solteros | Separados |
| Con depresión | 16.1% | 5.4% | 21.4% | 42.9% | 14.3% |
| Sin depresión | 24.3% | 3.5% | 27.1% | 34.7% | 10.4% |

Tabla 2

Se encontró que las personas examinadas con depresión en mayor proporción (10 y 11% respectivamente) eran las que tenían secundaria completa y educación tecnológica, y casi ningún analfabeta ni con educación universitaria. Del grupo de los no deprimidos: 16% era analfabeto, 47.2% con primaria incompleta, 20.8% con primaria completa, 10.4% secundaria incompleta, 2.8% secundaria completa, 2.8% con educación universitaria.

A las personas con depresión, el 29% de sus hijos les colaboraban con su sostenimiento a diferencia de los adultos sin depresión, en quienes el 31,3% de los hijos colaboraban (Tabla No. 3).

| Colaboración de los hijos | | |
|---------------------------|-------|-------|
| Colaboración | Si | No |
| Con depresión | 29% | 61% |
| Sin depresión | 31.3% | 68.7% |

Tabla 3

El 29% de las personas con depresión manifestó vivir en sitios de mala o regular calidad, mientras que en los del grupo no deprimido el 20,1% habitaba en viviendas de mala o regular calidad.

El 7% de las personas tenía rentas propias para su sostenimiento. El 93% dependía de los hogares de ancianos en donde reside o de los familiares.

De las personas deprimidas el 89% no tenía trabajo o lo hacía en forma esporádica y en diversas actividades. De los no deprimidos solamente el 11% tenía un tipo de trabajo. El 45% de las personas deprimidas manifestó que sus recursos económicos eran insuficientes para satisfacer las necesidades básicas. El 55% de los no deprimidos expresó lo mismo.

El 9% de los deprimidos consumía regularmente alcohol; el 23% fumaba diariamente; ninguno consumía marihuana, bazuco, cocaína u otro psicotóxico. Entre los no deprimidos: 9.7% consumía alcohol, 15.3% fumaba cigarrillos y ninguno consumía marihuana, cocaína u otro psicotóxico (Tabla No. 4).

| Consumo de alcohol y psicotóxicos | | | | | |
|-----------------------------------|---------|--------|-----------|--------|------|
| Consumo | Alcohol | Tabaco | Marihuana | Bazuco | Otro |
| Con depresión | 9% | 23% | 0% | 0% | 0% |
| Sin depresión | 9.7% | 15.3% | 0% | 0% | 0% |

Tabla 2

El 82.5% (165) de los examinados tenía algún sistema de seguridad social, de los cuales 24,0% (48) presentaba depresión, mientras que de los que no tenían seguridad social el 4% (8) presentaba depresión (ver tabla No.5).

| Seguridad social | | |
|------------------|-------------|-----------|
| Seguridad social | Si | No |
| Con depresión | (48) 92.3% | (4) 7.6% |
| Sin depresión | (117) 82.3% | (25) 7.6% |

Tabla 5

El 91,5% (39) de las personas con depresión consumía algún tipo de medicamentos para enfermedades orgánicas. De otro lado el 53,5% (107) de los examinados, que no tenían depresión, los consumía (ver tabla No.6).

En cuanto al consumo de psicofármacos se encontró (ver tabla 7):

Benzodiazepinas: las consumía el 9% de los deprimidos y el 7.4% de los que no lo estaba.

| Consumo de medicamentos para enfermedades orgánicas | | |
|---|-------|-------|
| Consumo medicamentos | Si | No |
| Con depresión | 91.5% | 8.5% |
| Sin depresión | 53.5% | 46.5% |

Tabla 6

| Consumo de psicofármacos | | | | |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Psicofármacos | BZD | ATD | AD | BH |
| Deprimidos | 9% | 8% | 1.5% | 3.7% |
| No deprimidos | 7.4% | 4.3% | 4.3% | 1.4% |

BZD: Benzodiazepinas
 ATP: Antidepresivos
 AP: Antipsicóticos
 EH: Estabilizadores del humor

Tabla 7

Antidepresivos: 8% de los deprimidos y el 4.3% de los que no tenía depresión.

Antipsicóticos: el 1,5% de los que tenía depresión los consumía, mientras que 4.3% de los que no tenían depresión lo hacían.

Estabilizadores del humor: se encontró que el 3.7% de los deprimidos los consumía, mientras que lo hacía el 1.4% de los no deprimidos.

Los factores de tensión más frecuentemente relacionados con la aparición de trastornos depresivos fueron (ver totalidad en el gráfico No.3):

- Problemas de salud mental, en un 37%
- Problemas familiares 30%
- Problemas sociales 24%
- Problemas económicos 23%
- Aislamiento social 23%
- Maltrato psicológico 23%
- Problemas del hábitat 22%
- Problemas de salud orgánica 21%

En cuanto a las personas deprimidas con antecedentes personales de psicopatología: el 22% tenía antece-

Correlación de la depresión con los factores de tensión

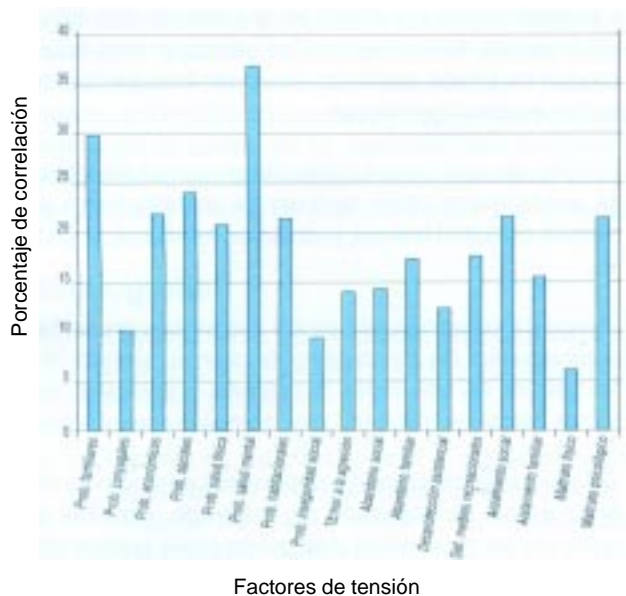


Figura 2

dentos depresivos previos, 15% trastornos de ansiedad, 14% trastornos afectivos bipolares y 13% trastornos de estrés postraumático y trastornos de personalidad. Ninguno con antecedentes de trastornos psicóticos (ver gráfica No. 5).

Correlación de la depresión con los antecedentes personales de psicopatología

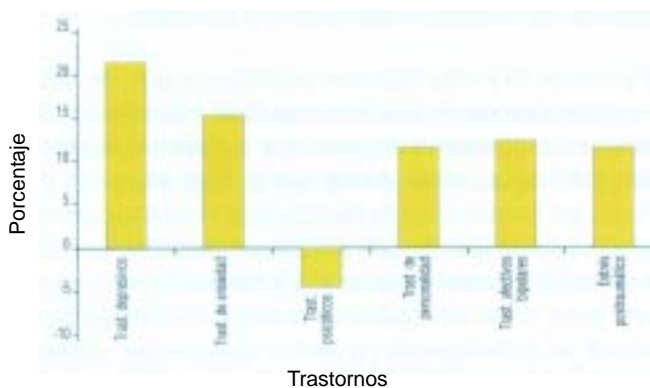


Figura 3

Se encontró que los solteros (8%), separados (6%) y en unión libre (4%) tenían mayor riesgo de estar deprimidos.

Presentaban enfermedades orgánicas en el siguiente porcentaje (Tabla No. 8):

| | No deprimidos (%) | Deprimidos |
|-------------------------------------|-------------------|------------|
| Enfermedades osteomusculares | 60,7 | 41.4 |
| Hipertensión Arterial | 46,4 | 41.4 |
| Enfermedades del sistema digestivo | 37,5 | 25.5 |
| Enfermedades urogenitales | 32,1 | 26.2 |
| Enfermedades cardíacas | 30,4 | 23.4 |
| Enfermedades dermatológicas | 21,4 | 9.0 |
| Enfermedades neurológicas | 17,8 | 17.9 |
| Enfermedades pulmonares | 17,6 | 15.9 |
| Diabetes | 9,0 | 7.6 |
| Otras enfermedades endocrinológicas | 9,0 | 6.9 |
| Enfermedades sanguíneas | 7,1 | 2.8 |

Distribución de trastornos de depresión

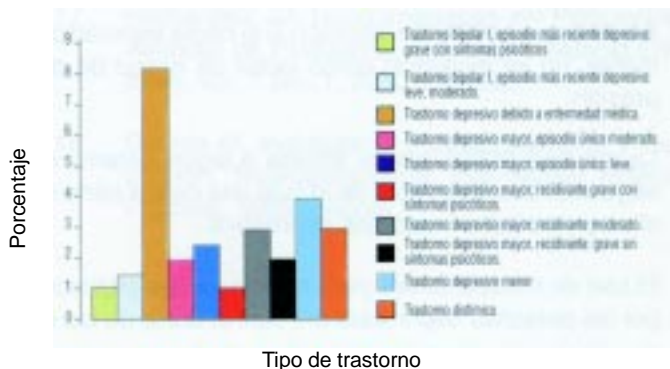


Figura 4

De las personas con diagnóstico de depresión se encontró que el trastorno depresivo debido a enfermedad médica era el más frecuente (30,4%), seguido de trastorno depresivo menor (14,3%), trastorno depresivo mayor recidivante moderado (10,7%), trastorno distímico (10,7%) y trastorno depresivo mayor, episodio único (8,9%) (Gráfico No.2).

De las 56 personas deprimidas, la escala de Yesavage reportó lo siguientes puntajes:

50% (28): entre 0 y 5
 37,5% (21): entre 6 y 10
 12,5% (7): entre 11 y 15

De 142 ancianos y adultos mayores no deprimidos la escala de Yesavage reportó:

79% (112): entre 0 y 5
 19.6% (28): entre 6 y 10
 1.4% (2): entre 11 y 15

De las 56 personas con depresión el MMSE reportado fue:

Menos de 20 puntos: 41% (23)
 Entre 20 y 24 puntos: 34% (19)
 Más de 25 puntos: 25% (14)

De los no deprimidos el 22% con puntajes menores de 24.

Conclusiones

Solamente el 28% de los adultos mayores y los ancianos presentaba síntomas o un trastorno depresivo. El estado civil no parece constituirse en un factor que influya en la aparición de depresión, como tampoco el bajo nivel de escolaridad.

Aproximadamente una tercera parte recibía alguna ayuda económica de sus hijos, pero este factor no constituyó un riesgo de depresión. La ayuda social y la vivienda en hogares de ancianos, parecen constituirse en factores protectores para el desarrollo del trastorno afectivo.

A pesar que el 89% no laboraba o lo hacía esporádicamente, no se evidenció como factor de riesgo de depresión.

La mayoría (82%) estaba afiliada a algún sistema de seguridad social, a pesar de lo cual una cuarta parte de ellos presentaba trastornos depresivos.

El uso de medicamentos para enfermedades orgánicas por las personas deprimidas era casi el doble de los no deprimidos. Igual comportamiento tenía la presencia de enfermedades orgánicas o sintomatología más activa. El trastorno más frecuente fue el de depresión secundaria a enfermedad orgánica, seguido de trastorno depresivo menor y trastorno depresivo mayor.

El uso de benzodiazepinas, estabilizadores del humor y antidepresivos fue mayor en el grupo de deprimidos, sin embargo, los no deprimidos utilizaban más antipsicóticos de acción sedativa, especialmente los habitantes de hogares geriátricos.

En más de una cuarta parte del grupo de deprimidos se encontraron, como factores de tensión, otros problemas de salud mental, problemas familiares y sociales.

Menos de la cuarta parte de los deprimidos presentaba antecedentes de psicopatología mental, siendo más frecuentes los trastornos depresivos y ansiosos, trastornos afectivos bipolares y trastornos de personalidad.

Solamente la mitad de los deprimidos puntuó más de 6 en la escala de depresión de Yesavage, mientras que entre los no deprimidos una quinta parte puntuó entre 6 y 10.

El 75% del grupo de deprimidos puntuó menos de 24 del MMSE, sugiriendo posible deterioro cognoscitivo, quedando la duda si es por el estado depresivo o es un proceso independiente. Entre los no deprimidos se encontró que el 22% tenía menos de 24 en el MMSE, originando las mismas dudas. Este hallazgo podría ser fruto de investigaciones posteriores, de cohortes y de seguimientos longitudinales, por las repercusiones personales, familiares, asistenciales y sociales.

Al parecer hay más factores protectores que de riesgo en estos grupos de adultos mayores y ancianos para padecer un trastorno depresivo, y la baja presencia de psicopatología previa puede ser uno de ellos; sin embargo, sería conveniente realizar una investigación más detallada al respecto, con énfasis en factores mentales previos y procesos adaptativos a circunstancias adversas, pues como se evidenció la mayoría carecía de recursos de subsistencia propios o adecuados, viviendo en hogares de ancianos, muchos sin la ayuda de sus hijos o familiares. Lo que sí se evidencia es la mayor presencia de enfermedades orgánicas concomitantes y el mayor consumo de medicamentos para ellas, la relación de causalidad-efecto y sus costos sería un tema a investigar. Ello implica el deber de estudiar los procesos de atención por los organismos de seguridad social, con sus respectivos costos, a los cuales pertenece la casi totalidad de las personas adultas mayores y ancianas analizadas.

Siendo este estudio el primero que se realiza en la región para trastornos depresivos con una muestra pequeña de la población, nos plantea el reto de diseñar otros estudios con muestras más grandes y representativas de la población anciana y adulta mayor, no solamente en el campo de la depresión sino también en otros trastornos mentales que repercuten en el bienestar y calidad de vida de ellos, su familia y la sociedad.

Bibliografía

1. Departamento administrativo Nacional de Estadística (Dane): Censo de 1993 y actualizaciones de 1995 y 1997.
2. Alarcón R, García L y cols. Características de Morbilidad de una población de ancianos en el Hospital de Santa Mónica, Dosquebradas, CMDEN-UTP, 1999.
3. Lovestone S, Howard R. La Depresión en el anciano, beca educativa de Lundbeck, edit. Caysfosa, España, 1997.
4. Baldwin RC and Jolley DJ. Prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 149: 574:583.
5. Alarcón R, García L. Boletín Psicogeriatría Hoy, CMDEN UTP, Vol. 1 No.1 2000, Pereira, Colombia.
6. Alarcón R. Guía para el manejo de estados depresivos en ancianos. Documento de enseñanza de la Facultad de Medicina de la UTP, 1998.
7. Alarcón R. La Depresión en Ancianos, II Congreso Virtual de Psiquiatría. [www. Psiquiatría.com](http://www.Psiquiatría.com), 2001.
8. Joshua R, Shua H, Mildred R et al. La Depresión en Ancianos, *Tribuna Médica*, Vol. 97, febrero 1998.
9. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Depresión en el Anciano, Vol. 2, No. 4, Julio de 1996.
10. Yesavage JA. Development and validation of a geriatric depression scale. *Journal Psychiatry. Res.*17: 31-49,1983.
11. Marsh C. Psychiatric Presentations of Medical Illness. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 20, Number 1, March 1997.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4, Washington, 1994.
13. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría, 8 edición, Ed. Médica Panamericana, Madrid, España, 1999.
14. Forsell Y, Winbland B. Major Depression in a Population of Demented and Nondemented Older People: Prevalence and Correlates. *Journal American Geriatrics*, vol 46. No. 1, January 1998.
15. Baquero M. La Depresión en la Enfermedad de Alzheimer. *Revista Electrónica de Psiquiatría*, Vol. 3, No. 4, diciembre 1999.
16. Harwood DG, Barker WW, Ownby RI, Duara R. Association between premorbid history of depression and current depression in Alzheimer's disease. *Journal Geriatr. Psychiatry Neurol.* 1999; 12(2):72-75.
17. Hernández JJ. Neuroimágenes en Psiquiatría. *Avances de Psiquiatría*, Edt. Nuevo Milenio Editores, Vol. 1 No. 1, 2000, Bogotá.
18. Gaviria M, Inchausti L. Imagen Cerebral y Depresión. *Neuropsiquiatría*, Edt. Nuevo Milenio Editores, 1995, Bogotá.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

(Anexo 1)

TIPOS DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y SOCIOFAMILIARES EN POBLACIONES DE ANCIANOS DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA, COLOMBIA

CMEDEN DE LA UTP

Nombre

Dirección de residencia

| | | | |
|---------------|----------|-------------|-----------|
| Edad | Sexo | | |
| Estado civil: | Casado | Unión Libre | Viudo |
| Soltero | Separado | | Religioso |

| | | | |
|--------------|-----------------------|---------------------|-------------------|
| Escolaridad: | Analfabeta | Primaria incompleta | Primaria completa |
| | Secundaria incompleta | Secundaria completa | Técnica |
| | Universitaria | | |

Religión:

Número de hijos:

Hijos que colaboran con su sostenimiento:

Número de personas con las que convive: Vive solo

| | | | | |
|---------------------------------------|-----------|-----------|-----------|------|
| El trato que recibe de familiares es: | Excelente | Bueno | Regular | Malo |
| Nivel socio-económico: | Estrato 1 | Estrato 2 | Estrato 3 | |
| | Estrato 4 | Estrato 5 | Estrato 6 | |

| | | | | |
|-------------------------|------|---------|-------|-----------|
| Calidad de su vivienda: | Mala | Regular | Buena | Excelente |
|-------------------------|------|---------|-------|-----------|

| | | |
|-------------------------|----|----|
| Tiene seguridad social: | Si | No |
|-------------------------|----|----|

| | | |
|-----------------|----|----|
| Recibe pensión: | Si | No |
|-----------------|----|----|

| | | |
|-----------------|----|----|
| Reciben rentas: | Si | No |
|-----------------|----|----|

| | | |
|---------------------------|----|----|
| Trabajan en algún oficio: | Si | No |
|---------------------------|----|----|

| | | |
|---|----|----|
| Los recursos económicos son suficientes para sus necesidades básicas: | Si | No |
|---|----|----|

| | | |
|--|----|----|
| Considera que las dificultades económicas le afectan el estado de ánimo: | Si | No |
|--|----|----|

Antecedentes personales de psicopatología:

Trastornos depresivos:

Trastornos de ansiedad:

Trastornos psicóticos:

Trastornos de personalidad:

Trastornos afectivos bipolares:

Estrés postraumático:

| | | | | |
|---|--------------------|------------------|----------------|--|
| Ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico: | Si | No | | |
| | Terapia Individual | Terapia familiar | Terapia grupal | |

Consumo psicofármacos:

| | | | | | |
|------------------------------|----|----|-------------|------|-------------------|
| - Benzodiacepinas: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Antidepresivos: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Antipsicóticos: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Estabilizadores del Humor: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |
| - Otros medicamentos: | No | Si | Dosis / día | Tipo | Tiempo de consumo |

| | | | |
|------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------|
| Padece de una enfermedad orgánica: | Cardíaca: | Pulmonar: | Diabetes: |
| | Hipertensión arterial: | Sistema digestivo: | |
| | Sistema urogenital: | Osteomuscular: | |
| | Sanguíneo: | Sistema endocrino: | |
| | Infecciosa: | Neurológica: | |
| | Dérmica: | Otra: | |

Consume medicamentos para dichas patologías: Si No
 Consume menos de tres medicamentos:
 Consume de 4 a 6 medicamentos:
 Consume más de 7 medicamentos:
 Consume otros tipos de sustancias: Homeopáticas: Bioenergéticas: Otras empíricas:
 El consumo de medicamentos es supervisado: Si No
 Consume: Alcohol: No Si Frecuencia
 Tabaco: No Si Frecuencia
 Marihuana: No Si Frecuencia
 Bazuco: No Si Frecuencia
 Otro psicotóxico: No Si Frecuencia
 Factores de tensión y malestar: SI NO
 Problemas familiares: Problemas conyugales: Problemas económicos:
 Problemas sociales: Problemas de salud física: Problemas de salud mental:
 Problemas de hábitat: Inseguridad social: Temor a ser agredido:
 Abandono social: Abandono familiar: Desprotección asistencial:
 Deficiencia de medios recreacionales:
 Aislamiento social:
 Aislamiento familiar: Maltrato físico: Maltrato psicológico:
 Tipo de trastorno actual:
 1- Trastorno depresivo mayor, episodio único:
 a- Leve: b- Moderado: c- Grave sin síntomas psicóticos:
 d- Grave con síntomas psicóticos: e- En remisión:
 2- Trastorno depresivo mayor, recidivante:
 Leve: Moderado: Grave sin síntomas psicóticos:
 Grave con síntomas psicóticos: En remisión:
 3- Trastorno distímico:
 4- Trastorno depresivo menor:
 5- Trastorno Bipolar I, episodio más reciente depresivo:
 Leve / moderado: Grave sin síntomas sicóticos:
 Grave con síntomas sicóticos: En remisión:
 6- Trastorno Bipolar II:
 7- Trastorno ciclotímico:
 8- Trastorno depresivo debido a enfermedad médica:
 9- Trastorno depresivo inducido por sustancias:
 Escala de depresión de Yesavage (acortada): puntaje:
 MMSE:
 RNM cerebral: