

GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Título: “Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva .””

Autoras: Dra. Isis Yvonne Sanchez*; Dra. Hisel Castañeda González*.

* Especialista. II Grado en Psiquiatría. MsC. Psiquiatría Social y Longevidad. satisfactoria.

* Especialista. II Grado en Psiquiatría. MsC. Psiquiatría Social.

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.
CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

Resumen.

El pesquizaje de la depresión en los adultos mayores es un factor protector de las recidivas, del deterioro cognitivo y la conducta suicida, porque permite entre otras la remisión de los pacientes a los servicios de salud y el acceso a tratamiento oportuno de los casos identificados. El propósito del presente trabajo es estimar la prevalencia de depresión en mayores de 65 años y proponer un programa de prevención de la depresión geriátrica en la comunidad.

Palabras claves: depresión geriátrica, adultos mayores, prevención depresión.

Introducción.

La depresión en la tercera edad además de afectar la calidad de vida del paciente, lo sitúa en mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, depresión inmunológica y diversas enfermedades subyacentes y constituye un problema geriátrico frecuente que afecta al 10 % de los adultos mayores que viven en la comunidad. ^(1, 2, 3.)

Es usual que los pacientes deprimidos aquejen más de malestares físicos que síntomas afectivos y que concurren a los servicios de salud buscando ayuda para sus quejas somáticas. También es habitual que en el escenario de la atención primaria la depresión en estos casos pase inadvertida a la exploración médica. Algunas de las razones del bajo reconocimiento de la depresión geriátrica pudiera estar relacionado con las características que la distinguen: la hipocondriasis, los síntomas somáticos suelen ser prominentes y los más comúnmente reportados son la astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos con un mayor interés por la evolución de sus síntomas físicos que por su tristeza, y frecuentes ideas de ruina, culpabilidad y nihilismo. ^(1, 2.)

Por otra parte la detección de la depresión en adultos mayores puede ser difícil debido a que los síntomas de la depresión tales como fatiga, pérdida del apetito y trastornos del sueño.(DSM_4), son frecuentemente atribuidos al proceso de envejecimiento o a una condición médica y no a la depresión. ⁽⁴⁾

Existen dos riesgos importantes que incrementa la depresión en la tercera edad: el riesgo de conducta suicida que se eleva hasta 4 veces más en los mayores de 65 años en relación a las personas menores de 25; y el de deterioro cognitivo que una vez asociado a la depresión, aumenta hasta 4 a 5 veces el riesgo de presentar demencia irreversible en 34 meses. ^(5, 6, 7)

Se puede comprender que el estudio de la prevalencia de depresión en los adultos mayores en la comunidad puede ser un buen punto de partida para desarrollar acciones de prevención en grupos de riesgo identificados, propósito final del presente trabajo.

Desarrollo

Objetivos

1. Estimar la prevalencia de depresión en adultos mayores.
2. Proponer un programa de prevención de la depresión geriátrica en la comunidad.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de tipo cuantitativo para darle respuestas a los objetivos de esta investigación. Se seleccionó para trabajar el municipio playa y el policlínico “Ana Betancourt “en el marco del estudio 10/66 sobre “Prevalencia y factores de riesgo del síndrome demencial y la enfermedad de alzheimer” realizado en Cuba. El universo estuvo constituido por la población mayor de 65 años del Policlínico, 1926 adultos mayores. El método de muestreo utilizado fue intencional. La muestra estuvo constituida por 300 adultos mayores que cumplían los siguientes criterios de inclusión: Tener 65 años y más, consentimiento informado y pertenecer a los consultorios ubicados a menos de 500 metros del Policlínico.

El estudio se realizó en un período de 2 años, octubre 2004 a octubre 2006 mediante visitas puerta a puerta para las entrevistas a los pacientes que se seleccionaron, mediante la revisión previa de la ficha familiar de los consultorios médicos seleccionados. A cada participante se le aplicó el cuestionario del Estado Mental Geriátrico de Copeland que permitirá identificar si el paciente es portador de una depresión con la aplicación a los datos del algoritmo diagnóstico computarizado AGECA⁽⁸⁾.

Los datos obtenidos se llevaran a una base de datos para su almacenamiento, organización y procesamiento, utilizando el programa Epidata en su versión 2.1. Se aplicaron distribuciones de frecuencia mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales SPSS en su versión 11.0.

Se estimaron las tasas de prevalencia de Depresión mediante la siguiente expresión matemática

$$\text{Tasas de prevalencia de depresión} = \frac{\text{Casos con la condición}}{\text{Total de entrevistados}} \times 100$$

Después de conocer el comportamiento de la prevalencia de depresión se diseñó una propuesta de intervención preventiva de la depresión geriátrica, teniendo en cuenta los recursos con que cuenta la comunidad, el enfoque de riesgo y la participación intersectorial.

Resultados:

Tabla 1
Prevalencia de Depresión según GMS/AGECAT
Población estudiada. Policlínico Ana Betancourt
2004 – 2006

Frecuencia	GMS/AGECAT			Total
	Estadio 1 depresión	Estadio 2 depresión	Sin depresión	
No	42	54	204	300
%	13,7	17,6	68	100

N = 300 Fuente: Encuesta

En la tabla 1 se aprecia que la prevalencia de síntomas depresivos ligeros es de 13,7 % y de depresión GMS/AGECAT es de 17,6 % lo cual permite identificar un grupo de riesgo al cual habrá que prestar especial atención.

Discusión.

La literatura internacional señala que los trastornos depresivos entre los adultos mayores es más frecuente entre los que residen en hogares geriátricos presentándose entre el 15 al 35% y entre los hospitalizados entre el 10 y el 20%, afectando al 10% que viven en la comunidad. ^(9, 10, 11, 12, 13.)

Estudios epidemiológicos realizados en los Estados Unidos describen una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. ^(9, 14.)

Prince en 1998 realiza estudios con muestras comunitarias de adultos mayores en los que la prevalencia de depresiones fue de 12 %. ⁽¹⁴⁾

El estudio EURODEP en el que se estudiaron pacientes mayores de 65 años utilizando el GMS y el algoritmo AGECAAT se pudo encontrar una prevalencia de depresión en una muestra de 1070 pacientes de 11,3 %, en Liverpool. En ese mismo estudio la prevalencia identificada en Verona fue de 20,3%, en un estudio pequeño que incluyó 65 senescentes. ⁽¹⁴⁾

En el mismo estudio realizado en Londres como resultado de la muestra geriátrica estudiada (654) la prevalencia de la depresión fue de 17,3%.⁽¹⁴⁾

En España, un estudio en Zaragoza en 1993 que incluyó 1080, encontró una prevalencia de 14,8 hombres y 6,2% mujeres, un comportamiento diferente a lo reportado a nivel mundial que señala la mayor prevalencia en el sexo femenino.⁽¹⁴⁾

Si comparamos los resultados de este estudio con los obtenidos en el EURODEP que emplea un método similar: muestras comunitarias y el empleo del GMS/AGECAT, la prevalencia de depresión en nuestros resultados es superior a la prevalencia obtenida en algunos lugares (Zaragoza, Liverpool) y se comporta de manera similar a los resultados de otros estudios y a lo descrito en la epidemiología de la depresión geriátrica a nivel mundial.

Es muy clara la importancia de que exploremos y tomemos en cuenta los síntomas depresivos en los adultos mayores, independientemente de la explicación que sobre los mismos nos expongan y este estudio nos han permitido identificar sobre qué grupo de adultos mayores vulnerables habrá que dirigir acciones de prevención secundaria, terapéuticas y de rehabilitación.

Propuesta de Programa de prevención de la depresión geriátrica en la comunidad:

Premisas:

La prevención de la depresión requiere de:

- La sensibilización de nuestra sociedad y de los profesionales de la Atención Primaria de Salud. (APS)
- Basarse en un enfoque multisectorial.
- Contar con el apoyo de profesionales capacitados en aspectos relacionados con el envejecimiento satisfactorio, la prevención y el manejo de la depresión geriátrica, que estructuren y desarrollen programas de prevención.
- Partir de que la promoción de salud constituye una estrategia que vincula a la gente con su entorno, y la elección personal con la responsabilidad social, por lo tanto no se ocupa solo de promover el desarrollo de las habilidades personales y la capacidad de las personas para influir en los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención sobre el entorno, para reforzar aquellos factores que sostienen estilos de vida saludables, así como para modificar aquellos otros que impiden ponerlos en práctica y constituyen factores de riesgo.⁽¹⁵⁾
- Utilización en la educación para la salud, de modelos explicativos al alcance del público que facilite el protagonismo de la comunidad⁽¹⁵⁾ y la promoción del intercambio entre los actores sociales a través de los recursos de la gerocultura.

- Utilización de los recursos de que dispone la comunidad en pro de su salud, desarrollando contextos alternativos en el proceso de recuperación, rehabilitación y participación de las personas con depresión.

Estrategia:

- Conocimiento del Diagnóstico de Salud (modelo epidemiológico comunitario) e identificación del grupo de riesgo al cuál habrá que dirigir las acciones de prevención de la depresión y del deterioro cognitivo (ancianos solos, desventaja social, enfermedades invalidantes).
- Capacitación del equipo de APS y del equipo inter-multidisciplinario (cultura física, cátedra del adulto mayor, comisión de prevención y seguridad social) en aspectos concernientes al envejecimiento, los factores de riesgo y protectores de la salud en la tercera edad y la prevención y promoción de salud.
- Liderazgo del Programa y transferencia de tecnología por parte del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) y del Equipo de Salud Mental (ESM) del Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM).

Asistenciales:

Organización de los siguientes servicios dirigidos específicamente a las personas de la tercera edad:

- ❖ Consulta de Psicogeriatría
 - ❖ Consulta de Acupuntura y Tratamientos Alternativos
 - ❖ Consulta de Terapia Floral.
 - ❖ Grupos de Terapia anti estrés para adultos mayores en el CCSM, que promuevan las habilidades para el manejo del estrés: relajación, recreación, meditación, descanso y conocimiento de las fuentes de estrés.
 - ❖ Ingreso domiciliario del adulto mayor deprimido.
 - ❖ Garantizar la accesibilidad a la asistencia especializada mediante ⁽¹⁶⁾
- Interconsulta en CCSM.
 - Interconsulta hogar y Consultorio del Médico de Familia.
 - Accesibilidad espontánea.
 - Abolición de lista de espera.

Prevención y promoción:

- 1- Consejería a familiares de ancianos deprimidos.
- 2- Asesoramiento gerontológico.
- 3- Actividades de promoción de salud y gerocultura.
- 4- Talleres de prevención: arte terapia, biomúsica, baile.
- 5- Taller de preparación para la jubilación.
- 6- Capacitación de voluntarios como promotores de salud mental.
- 7- Programa de ejercicios físicos y envejecimiento sano.
- 8- Programa: “Salud mental, tercera edad y situaciones de desastres”.

1-Consejería al familiar a adultos mayores deprimidos:

Objetivos:

- Orientar al familiar del paciente geriátrico deprimido como ayudar a la recuperación y la rehabilitación de su familiar.

Ventajas:

Permite brindar apoyo emocional y dar información personalizada y útil a aquellos cuyo familiar padezca depresión para mejorar el manejo de la enfermedad y la prevención de secuelas, servir de enlace y motivar el uso de los servicios existentes.

- Frecuencia: semanal.
- Lugar: CCSM.

2-Asesoramiento Gerontológico:

Objetivos:

- Estimular el establecimiento de metas realistas
- Facilitar la resolución de problemas interpersonales
- Proveen estrategias de autocuidado y eficacia
- Estimular la exteriorización de intereses y motivaciones

Ventajas:

- Permite ofrecer al senescente una relación de ayuda, en un período de tiempo relativamente corto que le refuerce su capacidad de autodirección y su competencia operativa, optimizando sus propios recursos.

Puede ser: Específico vs Integral, Individual vs Grupal, dirigido a la normalidad vs anormalidad.

- Lugar: CCSM.
- Frecuencia: Semanal o Quincenal dependiendo de la modalidad.

3-Actividades de prevención, promoción de salud y gerocultura:

Objetivos:

- Realizar actividades de promoción de salud y de estilos de vida saludables empleando un lenguaje claro y sencillo, haciendo uso de expresiones locales, y destacar los beneficios a corto plazo de la actividad. Incluye: audiencias sanitarias, barrio debates, carteles.
- Estimular la creación de talleres comunitarios, válido recurso de la gerocultura y que permite promover la participación mediante la integración de grupos de vecinos que se reúnen para intercambiar, discutir, disenter y confluir sobre temas de interés, y llegar a acuerdos que mejoren su calidad de vida, dirigidos por un facilitador entrenado perteneciente al barrio.

- Estimular la creación de redes de apoyo entre los adultos mayores, interesar a la comunidad y atraer su atención partiendo sus necesidades sentidas. .
- Fomentar actividades sociales, culturales, recreativas que se ajusten a los recursos de la comunidad, diseñadas para los adultos mayores. y que estimulen el desarrollo de la espiritualidad, la creatividad y la participación.

Ventajas:

- El trabajo grupal permite la accesibilidad a estas acciones de un mayor número de senescentes y promueve experiencias educativas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, destrezas y prácticas de estas personas para la preservación, restauración y el fomento de su salud.
 - Frecuencia: Semanal.
 - Lugar: Espacios de la comunidad

4- Talleres de prevención: Arte terapia, biomúsica, baile

Objetivo:

- Realizar actividades de prevención de las recidivas y del deterioro cognitivo asociado a la depresión en adultos mayores con factores de riesgo psicosocial identificado.

Ventajas:

- Prevención de la depresión y desarrollo de factores protectores de la salud Mental en adultos mayores con riesgo identificado mediante el empleo del arte terapia en la propia comunidad.
- Vincular a los artistas de la comunidad a los programas terapéuticos y de prevención, promoción de salud y rehabilitación psicosocial.

5-Taller de preparación para la jubilación:

Objetivos:

- Desarrollar actividades de promoción y prevención encaminadas a evitar que la jubilación constituya un factor de riesgo de la depresión geriátrica.
- Propiciar que las personas próximas a la jubilación incluyan en su programa de vida, metas encaminadas a la conservación de su motivación, su identidad y participación social y que favorezcan un envejecimiento saludable.

Ventajas:

- Permite hacer prevención en un grupo social que engrosará la población de adultos mayores, reduciendo los riesgos de que la jubilación favorezca la depresión, la pérdida de la identidad social, el aislamiento y la inadaptación familiar.

- Frecuencia: Talleres con frecuencia mensual.
- Lugar: Espacios de la comunidad.

6-Capacitación de voluntarios como promotores de salud mental:

Objetivos:

- Formación de voluntarios de la tercera edad en el ámbito de la comunidad como promotores de salud mental.
- Estimular la creación de grupos de autoayuda y ayuda mutua en colaboración con los profesionales de la salud.

Ventajas:

- Permite con el asesoramiento del sector salud (psicólogos, educadores, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) ofrecer información de alto valor preventivo y guías de autocuidado a grupos de promotores voluntarios.

Lugar: Espacios de la comunidad

7-Programa de ejercicios físicos y envejecimiento sano ⁽¹⁷⁾

Objetivos

- Promover la práctica del ejercicio físico como elemento indispensable de un estilo de vida saludable en los Adultos Mayores.
- Estimular el autocuidado de la salud mental y del funcionamiento cognitivo mediante la actividad física.

Ventajas:

- El entrenamiento físico bien programado en el adulto mayor puede tener efectos positivos tanto para la salud física como para su salud mental, mejorando el funcionamiento cognitivo, el estado anímico y la autoestima.

Lugar: Espacios de la Comunidad que cumplan los siguientes requisitos:

- Claros, ventilados, espaciosos y accesibles.
- Evitar elementos que puedan distraer
- Evitar las superficies duras

8-Programa de preparación psicológica para situaciones de desastre:

Objetivos:

- Realizar en las zonas vulnerables del Municipio Playa, actividades educativas, y preventivas en aspectos psicosociales relacionados con situaciones de emergencia y desastres.
- Capacitación en apoyo psicosocial en situaciones de desastre a Líderes formales, no formales y al personal de salud en la Comunidad.
- Capacitación a familiares y al Equipo de Atención Primaria de Salud en el manejo del paciente deprimido en situaciones de Emergencia y Desastres.

Ventajas:

La prevención de los factores psicosociales en el Adulto Mayor como grupo vulnerable en situaciones de emergencia y desastres.

- Lugar: Espacios de la Comunidad de mayor riesgo.
- Frecuencia: Talleres, frecuencia quincenal

Investigación:

- Estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la depresión en la población senescente y los factores de riesgo asociados.
- Estudios sobre la incidencia del deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años afectada por depresión

Docencia:

- Capacitación del Equipo de Atención Primaria de salud en el detección y el manejo de la depresión en los adultos mayores
- Capacitación a los líderes formales y no formales de la comunidad y al Equipo Intersectorial (Comisión de prevención social, Cultura, Deporte...), en el pesquizado de la depresión geriátrica y los factores de riesgo y de protección asociados.

Podemos concluir que la prevalencia de depresión en la muestra estudiada es elevada según los resultados del GMS/AGECAT y que en la Atención Primaria de Salud (APS) se deben desplegar los mayores esfuerzos en la prevención de factores de riesgo y la promoción de factores protectores relacionados con la depresión geriátrica, así como en la investigación y la capacitación de aspectos relacionados con el pesquizado, la atención y la rehabilitación de las personas afectadas.

Bibliografía:

1. Martínez Larrea JA. Envejecimiento normal, trastornos mentales funcionales y principios generales de la asistencia psicogeriatrica. En: Cervera S, Conde V, Giner J, Leal C, Torres F, editores. Manual del Residente de Psiquiatría (Vol. II). Madrid, 1997: 1679-1725.
2. Steiner D, Marcopulos B. Depresión en ancianos. Características y asistencia clínica. Clin Enf Norte Am 1991; 3: 591-606. Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría VI. Buenos Aires: Intermédica; 1997.
3. Wittchen H-U, Holsboer F y Jacobi F. Necesidades satisfechas e insatisfechas en el manejo del desorden depresivo en la comunidad y la atención primaria: magnitud y amplitud del problema. J Clin Psychiatry 2001;62 (suppl 26J):23
4. De la Serna De Pedro, I. Pseudodemencia. En: Sáiz Ruiz J. Editor. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Masson, 2000: 135-152.
5. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia: A controlled study. Am J Psychiatry 1993; 150: 1693-1699.
6. Lockwood KA, Alexopoulos GS, Kakuma T, Van Gorp WG. Subtipos de deterioro cognitivo en adultos de edad avanzada deprimidos. Am J Geriatr Psychiatry 2001; 2: 117-224 (edición española).
7. Copeland, JRM, Dewey ME Griffith-Jones, HM. A computerised psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE-CAT. Psychological Medicine 1986; 16: 89-99
8. Franco Martín MA, Monforte Porto JA. ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996: 19-44. <http://www.terapia-ocupacional.com/>.
9. Snowdon J. The prevalence of depression in old age. Int J Geriatr Psychiatry 1990; 5: 141-144.
10. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. Int J Methods Psychiatr Res. 2003; 12(1):3-21.
11. European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000.
12. Palsson, SP; Ostling, S; Skoog I: The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. Univ Gothenburg, Sahlgrens Univ Hosp, Dept Psychiat, Inst Clin Neurosci, S-41345 fascicolo: 7, volume: 31, anno: 2001, pagine: 1159 – 1168
13. Copeland, JRM. Conferencia. Epidemiología de la Depresión. EURODEP. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 7 de junio de 2005
14. Organización Panamericana de la Salud. La atención a los ancianos, un desafío para los noventa. Washington (DC): OPS; 1994. (Publicación científica no. 546).
15. León González, M: "Salud Mental y Comunidad", Monografía, Temas de la Maestría de Psiquiatría Social. Facultad Docente: 10 de Octubre. La Habana, 1997
16. Bencomo Pérez, L: Coordinador. Libro IX. Ejercicio Físico y Salud. Temas de la Maestría de Longevidad Satisfactoria. Hospital Universitario Salvador Allende. La Habana. 2005