

# Tristeza y Depresión en el Adulto Mayor: Una Experiencia desde la Atención Primaria

**Dra. Gisela González C.**

*Médico Familiar.*

*Programa para el Adulto Mayor de la Pontificia  
Universidad Católica de Chile-FOSIS-Lo Espejo*

**Sra. Marta Morales C.**

*Auxiliar Clínico.*

*Programa para el Adulto Mayor de la Pontificia  
Universidad Católica de Chile - FOSIS - Lo Espejo*

**Dr. Pedro Paulo Marín L.**

*Médico Internista. Geriatra.*

*Jefe Programa de Geriátría y Gerontología de la Facultad  
de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*

**Sra. Gloria Pereira Z.**

*Enfermera Universitaria.*

*Programa para el Adulto Mayor de la Pontificia  
Universidad Católica de Chile - FOSIS - Lo Espejo*

## RESUMEN

Se describe prospectivamente una experiencia realizada en pacientes de 60 y más años, (n=190) que acuden a los consultorios de salud de una comuna urbana de Santiago. A través de una encuesta, se buscó la prevalencia de tristeza y de depresión según test Yesavage abreviado (Y15), así como su asociación con algunos factores psicosociales y biológicos detectables en la valoración geriátrica. A los pacientes con sintomatología depresiva, se les intervino utilizando apoyo psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual y fármacos antidepressivos. Del total de pacientes, un 65.8% declaró sentirse triste, un 31.6% presentó simultáneamente una probable depresión según Y15 y un 5.3% presenta criterios de depresión mayor según DSM4. La pregunta única sobre el "sentimiento de tristeza" tiene una sensibilidad de 95% para la pesquisa de casos con probable depresión (Y15) y su respuesta negativa, un valor predictivo negativo de 95.3%. La presencia de tristeza unida a la existencia de un puntaje sugerente de depresión en el test Y15, tienen una sensibilidad de 79.4% y una especificidad de 95% para detectar presencia de cuadros con síntomas depresivos según el DSM4. No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el estar triste y deprimido con los factores psicosociales y biológicos estudiados, salvo en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas. Todos fueron citados a una re-evaluación al 3º mes. Se mantuvo en protocolo el 80% de los pacientes intervenidos, obteniéndose entre ellos una normalización del test Y15 en el 66,7% de los casos y una mejoría parcial en el 12,5%. Conclusión: Los síntomas depresivos son un frecuente problema de salud en los adultos mayores, la mayoría susceptible de ser diagnosticados y tratados en la atención primaria. La pregunta sobre el "sentimiento de tristeza" y el test Y15 son instrumentos útiles para la pesquisa de estos síntomas.

## INTRODUCCION

La sintomatología depresiva y la depresión, constituyen uno de los problemas de salud mental más importante entre los mayores de 60 años<sup>1</sup>. La prevalencia de depresión entre adultos mayores (AM) que viven en la comunidad varía entre un 5 y 30%<sup>2,3</sup>, lo que depende de la población estudiada y, especialmente, de los criterios y metodología diagnóstica empleada.

Con frecuencia, la depresión se manifiesta a través de síntomas físicos como dolor, trastornos del sueño o del apetito,

etc., comunes a los presentes en algunas enfermedades orgánicas. Además, cuando estos síntomas son causados por dichas enfermedades pueden, a su vez, verse intensificados por un estado de ánimo depresivo. Esto provoca, muchas veces, que la depresión quede oculta tras la sintomatología somática. Por otra parte, el "ánimo triste y deprimido" a menudo es considerado por los profesionales, y por el propio AM, como normal a esta edad, lo que sumado a lo anterior contribuye a que la depresión en estos pacientes esté a menudo subdiagnosticada, y por tanto, subtratada<sup>2,6,8</sup>. Por esto, se recomienda internacionalmente el uso de preguntas de screening

y test simples que faciliten su pesquisa<sup>2,7,9,10</sup>. Existen varios test que ayudan a la realización del diagnóstico precoz, y toda valoración geriátrica (VG) incluye algún ítem que indaga acerca de este tema. La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Y30)<sup>11</sup> es uno de los test más útiles en la detección de la depresión en el AM, al no incluir en ella preguntas que aluden a síntomas físicos, y que ha demostrado validez al ser comparada con diagnósticos psiquiátricos<sup>11,12</sup>. El Test Yesavage Abreviado (Y15) ha sido validado en relación al original<sup>11,13</sup> y es el que actualmente recomienda el Ministerio de Salud chileno para ser aplicado en la Atención Primaria de Salud (APS)<sup>14</sup>. Desde 1996 se desarrolla en la comuna urbana de Lo Espejo, en Santiago, un proyecto de intervención con los AM pobres, diseñado por el Programa para el Adulto Mayor de la Pontificia Universidad Católica, financiado por el Fondo de Solidaridad Social (FOSIS). Uno de sus objetivos es prestar atenciones de salud, con un enfoque geriátrico, en los consultorios locales y para participar en ésta sólo se exige contar con una edad de 60 o más años y vivir en la comuna. Al momento de realizar este estudio el programa tenía 2,5 años de trabajo y era conocido por gran parte de la comunidad de adultos mayores de la zona. Dado que un gran número de pacientes refería sentirse triste al momento de realizar la VG, decidimos intentar dimensionar el problema determinando su prevalencia, el significado diagnóstico de esta tristeza y factores asociados; evaluar la utilidad de 2 preguntas screening para detectar síntomas depresivos de relevancia clínica y la efectividad del tratamiento realizado desde la APS por este Programa.

## OBJETIVOS

- 1.- Conocer la prevalencia de AM que refieren sentirse tristes y con síntomas depresivos, entre los pacientes que solicitaron atención en el Programa UC-FOSIS- Lo Espejo.
- 2.- Evaluar la utilidad de la pregunta acerca de la presencia de tristeza junto al test Yesavage abreviado para pesquisar sintomatología depresiva significativa.
- 3.- Buscar asociación entre la presencia de tristeza y síntomas depresivos y algunos factores psicosociales y biológicos detectables con la VG realizada.
- 4.- Evaluar la efectividad de una intervención desde la APS, para tratar la sintomatología depresiva en el AM.

## MATERIAL Y METODO

Se evaluaron prospectivamente a todos los pacientes de 60 y más años que espontáneamente solicitaron atención médica en el Programa para el Adulto Mayor UC-FOSIS-Lo Espejo, durante los meses de Diciembre 1998 a Mayo 1999. En los primeros 3 meses del estudio, se les aplicó la Ficha de Evaluación Geriátrica Ambulatoria (FEGAUC)<sup>15</sup>, se seleccionaron de ella los datos sociodemográficos, evaluación de capacidad auditiva (*test susurro*) y visual (*test Jager*), la pregunta screening para evaluar estado de ánimo “¿se ha sentido Ud. triste la mayor parte del tiempo durante el último mes?” y la Escala de Recursos Sociales (ERS)<sup>16</sup> del Programa de Geriatria de la Pontificia Universidad Católica que mide apoyo sociofamiliar. Se incluyeron también preguntas sobre la existencia de enfermedades crónicas, tenencia de amigos, participación grupal y Escalas de la Cruz Roja Española (ECR)<sup>16</sup> para evaluación funcional y mental. Todos estos datos eran parte de la encuesta que habitualmente el Programa aplicaba a los pacientes atendidos. Las tres escalas empleadas tienen un puntaje que va de 0 a 5, siendo 0 el que refleja la situación óptima y 5 la peor<sup>16</sup>. Además, a todos los participantes se les aplicó el test Yesavage abreviado de 15 preguntas (Y15), que considera un score 1 (*puntuación de 0 a 5*) como normal, un score 2 (*puntuación de 6 a 10*) como indicadora de una probable depresión moderada y un score 3 (*puntuación 11-15*) como probable depresión severa<sup>14</sup>. Se consideró en este estudio un Yesavage positivo (Y15+) a la presentación de un score 2 ó 3. Para determinar la presencia de sintomatología depresiva clínica, se usaron los criterios del DSM4. Se preguntó por el tiempo de evolución de la sintomatología y por los motivos a los que el paciente espontáneamente atribuía su tristeza, si los hubiera. A todos los pacientes que referían tristeza y que presentaban un Y15+ (*score 2 ó 3*) se les trató con algunos elementos de apoyo psicoterapéutico, de orientación cognitivo-conductual, y uso además de fármacos (*Fluoxetina 20mg/día o Amitriptilina 25-50mg/día*) si, de acuerdo a criterio clínico, presentaban síntomas depresivos importantes o coexistencia con síntomas ansiosos significativos. La intervención fue realizada por el médico, empleando un tiempo de 20 min. por consulta. Al resto de los pacientes sólo se les entregaron recomendaciones generales de envejecimiento saludable (*socialización, actividad física etc.*), que es parte de la actividad habitual hacia los pacientes que contactan con el Programa. Como criterios de derivación a nivel secundario se usaron la presencia de ideación suicida o elementos psicóticos y la persistencia de sintomatología importante a pesar de tratamiento.

Tanto los pacientes tratados como los no intervenidos fueron citados para una nueva entrevista al tercer mes, en la que se aplicaron los mismos test con que se evaluó inicialmente el estado de ánimo.

Para evaluar resultado de la intervención terapéutica, se usó el test Y15, dado que permite una mayor objetividad que la sola impresión clínica. Se consideró "mejoría completa" a la obtención final de un score 1 en el test Y15; como "mejoría parcial", a la obtención de un score 2 en aquellos que habían presentado un score 3 al inicio; como "empeoramiento", al cambio del score 2 al 3; y como "sin cambios", a la mantención del score. Se realizó un análisis descriptivo de las variables consideradas, se estimó la prevalencia de tristeza (*pregunta directa*), de probable depresión (Y15) y de síntomas depresivos clínicamente significativos según DSM4 (*depresión mayor y menor, distimia, trastorno adaptativo con ánimo depresivo o mixto a estresante agudo y crónico*) sin considerar a estos últimos separadamente en el análisis posterior, dado que para el diagnóstico de todos ellos se exige la presencia de síntomas depresivos. Se buscó asociación con el test chi cuadrado (*Epi Info 6.04*), entre la presencia de tristeza-probable depresión y las siguientes variables biopsicosociales: edad, sexo, analfabetismo, vivir solo, tenencia de amigos, participación grupal, número de enfermedades crónicas y cada una de ellas, dete-

rioro visual y auditivo, ERS, ECR funcional y mental. En el análisis de las escalas, se subagruparon las variables en dos categorías: 0-1 (*normal o levemente alterado*) y 2-5 (*alteración mayor*). También se determinaron atributos de la pregunta screening sobre el "sentimiento de tristeza" (T+), en relación a la probabilidad de tener una depresión según Y15 (Y+) y de la presencia simultánea de T+ y Y+ en relación a la probabilidad de tener síntomas depresivos clínicamente significativos: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

## RESULTADOS

Se evaluaron prospectivamente 198 casos. Fueron eliminados ocho del estudio, tres por presentar un deterioro cognitivo que impedía responder a la encuesta con independencia y cinco por presentar recolección incompleta de datos.

La descripción de las variables biopsicosociales estudiadas en los 190 sujetos figura en la Tabla 1. La edad media fue 71 años  $\pm$  6,79 SD, con un 81.1% de población femenina. El 12.1% vive solo, 54.7% participaba regularmente en grupos (*clubes u otros*) y un 65% refería tener amigos. El 84.7% presentaba al menos una patología crónica, siendo la HTA y las enfermedades osteomusculares, junto al deterioro visual, las más

Tabla 1. Descripción de variables analizadas en la población estudiada (n=190)

	Media :71	$\pm$ SD= 6.79	( Rango : 60-96 )			
<b>Edad</b>						
<b>Sexo</b>	<b>Fem : 81.1%</b>					
<b>E.Civil</b>	<b>C: 44.7%</b>	<b>V: 43%</b>	<b>Sp: 7.4%</b>	<b>St: 4.7%</b>		
<b>Analfabetismo</b>	13.2%					
<b>Vive solo</b>	12.1%					
<b>Tenencia de amigos</b>	65.8%					
<b>Participación grupal</b>	54.7%					
<b>Escala Recursos Sociales</b>	<b>0: 86.8%</b>	<b>1: 6.3%</b>	<b>2: 3.7%</b>	<b>3: 1.1%</b>	<b>4: 0%</b>	<b>5: 2.1%</b>
(P.Universidad Católica)						
<b>Evaluación Mental</b>	<b>0: 64%</b>	<b>1: 30%</b>	<b>2: 4.7%</b>	<b>3: 0.5%</b>	<b>4: 0%</b>	<b>5: 0%</b>
(Cruz Roja)						
<b>Evaluación Funcional</b>	<b>0: 78.9%</b>	<b>1: 16.3%</b>	<b>2: 4.2%</b>	<b>3: 0.6%</b>	<b>4: 0%</b>	<b>5: 0%</b>
(Cruz Roja)						
<b>Nº de enf. crónicas</b>	<b>0: 15.3%</b>	<b>1: 31.6%</b>	<b>2: 29.5%</b>	<b>3: 16.8%</b>	<b>4: 5.3%</b>	<b>5: 1.6%</b>
*Enf.osteomuscular	48.4%					
HTA	47%					
Enf. Resp. crónicas	29.5%					
Diabetes Mellitus	12%					
Enf. cardíacas crónicas	11.1%					
Enf. neurol. Crónicas	10%					
<b>Deterioro visual</b>	<b>76.3%</b>					
<b>Deterioro auditivo</b>	<b>23 %</b>					

C = casado(a) V= viudo(a) Sp= separado(a) St= soltero(a) \*con presencia de signos o síntomas clínicos

**Tabla 2. Distribución de pacientes según presencia o no de tristeza en relación a resultado del test YESAVAGE abreviado (Y15)**

	Y 15 (+)	Y 15 (-)	TOTAL
Triste (+)	60 (31.6%)	65 (34.2%)	125 (65.8%)
Triste (-)	3 (1.6%)	62 (32.6%)	65 (34.2%)
TOTAL	63 (33.2%)	127 (66.8%)	190 (100%)

prevalentes. La mayor parte de la población encuestada presentaba una buena capacidad funcional, mental y red de apoyo sociofamiliar (*score 0-1*) en las escalas ECR (*funcional y mental*) y ERS.

En la tabla 2 se describe la distribución de pacientes de acuerdo a la presencia o ausencia de tristeza y probable depresión. Se observa que un 65.8% refiere "haberse sentido triste la mayor parte del tiempo durante el último mes" (T+) y un tercio tiene simultáneamente un Y15+. Sólo tres de los 65 encuestados que referían ausencia de "tristeza" (T-), presentaron un Y15+ sugerente de depresión.

Entre los 60 pacientes T+Y15+, un 80% presentó puntaje sugerente de depresión moderada (*score 2*) y un 20% sugerente de depresión severa (*score 3*). En la muestra de 190 pacientes, 10 (5.3%) reunían criterios de depresión mayor de acuerdo al DSM4, todos ellos calificaban como T+Y15+. Ningún paciente presentó criterios clínicos que ameritaran derivación al momento de la primera evaluación.

En la tabla 3 se observa que la pregunta única "se ha sentido triste la mayor parte del tiempo durante el último mes", tiene una alta sensibilidad (95.2%) para la pesquisa de casos con probable depresión según el test Y15 y su respuesta negativa un alto valor predictivo negativo (95.3%).

Al comparar éstos resultados con la impresión diagnóstica clínica, se observa que entre los 60 pacientes T+Y15+, el 90% manifestaba síntomas básicamente depresivos o mixtos (*trastorno adaptativo a estresante crónico o agudo con ánimo depresivo o mixto, depresión menor, depresión mayor*), en un 5% predominaban síntomas ansiosos (*trastorno adaptativo con ánimo ansioso*), un 2% con probable trastorno de personalidad y un 3% presentaba tristeza (*no patológica*). Entre los 65 casos T+Y15-, el 18.5% de los casos tenía síntomas básicamente ansiosos, 13.8% síntomas depresivos leves y la mayoría, es decir, un 67%, presentaba una tristeza que no constituía un cuadro clínico definido. En el grupo de 62 casos T-Y15- existe un 0,5% con sintomatología depresiva leve (*pura o mixta*), un 10% con síntomas ansiosos y un 89% puede calificarse como sano emocionalmente. Por último, 2 de los 3 pacientes del

**Tabla 3. Atributos de la pregunta «¿Se ha sentido triste la mayor parte del tiempo en el último mes?», en relación a la probabilidad de tener una depresión según Test YESAVAGE abreviado (Y15)**

Sensibilidad	95%
Especificidad	48.8%
Valor Predictivo Positivo	48%
Valor Predictivo Negativo	95.3%

grupo T-Y15+ presentaban sintomatología mixta y 1 no tenía síntomas patológicos claros.

A analizar la utilidad de las 2 preguntas screening (*tristeza y Y15*) utilizadas conjuntamente para detectar casos con síntomas clínicos relevantes, se observa que éstas tienen una sensibilidad de 79.4% con una alta especificidad, VPP y VPN (*Tablas 4 y 5*)

No se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) entre la "presencia de tristeza" (T+) y probable depresión (Y15+) (*ambas simultáneamente*) y las variables biopsicosociales estudiadas, salvo en el caso de las enfermedades respiratorias crónicas ( $p = 0.010$ ). En la población femenina, se observa que un 68% manifiesta tristeza y un 33.7% síntomas depresivos, según el test Y15, cifras superiores a las de la población masculina que presenta un 52% y 22% respectivamente, pero estas diferencias no alcanzan significación estadística. Tampoco se evidencian cambios estadísticamente significativos en la presentación de estos síntomas en las distintas edades (*agrupadas por decenio*).

En la mayoría de los pacientes que referían tristeza, se identi-

**Tabla 4. Distribución de pacientes según presencia simultánea de tristeza y Y15+ en relación a la presentación de sintomatología depresiva significativa (\*)**

	Sint. depresivos (+)	Sint. depresivos (-)	TOTAL
T+Y+ (+)	54 (28.4%)	6 (3.1%)	60 (31.6%)
T+Y+ (-)	14 (7.4%)	116 (61%)	130 (68.4%)
TOTAL	68 (35.8%)	122 (64.2%)	190 (100%)

\*Síntomas depresivos significativos: presencia según DSM4 de Depresión Mayor, Depresión Menor o Trastorno Adaptativo con Animo depresivo o mixto a estresante crónico o agudo

**Tabla 5. Atributos de la presencia simultánea de tristeza y Y15+ en relación a la probabilidad de tener síntomas depresivos significativos**

Sensibilidad	79.4%
Especificidad	95%
Valor Predictivo Positivo	90%
Valor Predictivo Negativo	89.2%

Tabla 6. Frecuencia de motivos relacionados subjetivamente a la tristeza en pacientes T+Y15+ y T+Y15-

Motivo	T(+Y15+) (n=60)		T(+Y15-) (n=65)		Total T (+) (n=125)	
	n	%	n	%	n	%
Sentimiento de soledad	30	50%	15	23%	45	36%
Salud personal	24	40%	19	29%	43	34%
Relaciones familiares	16	27%	6	9%	22	18%
Económicos	15	25%	5	8%	20	16%
Salud familiar	14	23%	8	12%	22	18%
Sentimiento de abandono familiar	12	20%	6	9%	18	14%
Duelo	11	18%	12	18%	23	18%
Viudez	6	10%	7	11%	13	10%
Relaciones conyugales	6	10%	4	6%	10	8%
Otros	13	22%	18	26%	31	25%
Ninguno	2	3%	8	12%	10	8%

ficó algún motivo relacionado a ella (97% de los T+Y15+ y 88% de los T+Y15-). El tipo de motivo expresado no difiere entre ambos grupos, sin embargo los pacientes T+Y15+ tienden a agrupar un mayor número de ellos. Los más frecuentemente mencionados fueron un sentimiento de soledad que presentó un 50% de los T+Y15+, problemas de salud personal y problemas con el estilo de relaciones familiares (Tabla 6). El 76.7% de los pacientes T+Y15+ tenía un tiempo de evolución de sus síntomas de más de 1 año, y el 18.3% entre 6 y 12 meses. Sólo un 8.3% estaba recibiendo tratamiento profesional, por sus síntomas depresivos, al momento de ser entrevistado.

Se inició tratamiento farmacológico en 30 de los 60 casos T+Y15+, por presentar síntomas depresivos importantes o coexistencia con síntomas ansiosos significativos. La tolerancia a las dosis bajas de amitriptilina usadas (25-50 mg/día) en general fue buena. El grupo intervenido requirió en promedio, 4 consultas por paciente (rango 3-6).

A la citación del tercer mes no acuden 66 pacientes (34.7% de la muestra). Se intentó averiguar la causa, sin embargo la mayoría no pudo ser contactado. Permanecieron 48 (80%) de los 60 pacientes del grupo T+Y15+. Por tanto, el abandono total en la muestra, estuvo constituido fundamentalmente por los pacientes con sintomatología menor o aparentemente sanos. En estos 48 pacientes T+Y15+ que se mantuvieron en control, se observó una mejoría completa en la sintomatología en el 66.7% de los casos, una mejoría parcial en el 12.5%, una persistencia de síntomas, sin cambios en el score, en el 16.7% y un empeoramiento en relación a situaciones vivenciales experimentadas en ese período, en el 4.2%. Analizados como grupo, puede describirse que al inicio la distribución de pa-

cientes era la siguiente: score 1= 0, score 2= 37 (77%), score 3= 11 (23%) y tras intervención: score 1= 32 (66.7%), score 2= 11 (23%) y score 3= 5 (10%).

De los 10 pacientes que tenían criterios de depresión mayor, 7 mejoran sus síntomas, 2 sólo de forma parcial y 1 mantuvo sintomatología importante.

Las peores respuestas se obtuvieron aparentemente, en aquellos pacientes con fuertes factores biopsicosociales adversos (*disfunción familiar, enfermedad seria personal o de algún miembro del grupo familiar*). A 7 pacientes se le ofrece derivación a nivel secundario. Es rechazada por 5 aduciendo dificultad de acceso y de éstos, 3 aceptan derivación a psicóloga local.

De los 62 pacientes que califican inicialmente como T-Y15-, 38 completan el período de estudio, todos éstos se mantienen sin cambios en el score del Y15 al cabo de tres meses.

## CONCLUSIONES

Según lo observado en esta experiencia, el sentimiento de tristeza (65.8%) y los síntomas depresivos según Y15 (33.2%), constituyen un frecuente problema de salud entre la población de AM encuestados.

A pesar de no encontrarse asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y la mayoría de los factores biopsicosociales estudiados, según se desprende de lo referido por los pacientes al momento de señalar posibles causas, sí habría relación, ya que la mayoría señala algún motivo enmarcable en ellos, asociado a su tristeza (*salud, soledad, falta de apoyo familiar etc.*). Esto estaría más acorde con lo referido por la literatura que señala que la depresión en el AM a menudo se asocia a situaciones como aislamiento so-

cial, pérdida de funcionalidad e independencia, pérdida de seres queridos, de poder adquisitivo, mayor número de enfermedades crónicas, etc.<sup>2,3,17-20</sup>, situaciones todas que son más frecuentes en ésta etapa. La falta de asociación estadística observada en nuestro grupo, probablemente se deba al reducido tamaño de la muestra, pero también podría deberse a la falta de sensibilidad de algunas preguntas e instrumentos usados para detectar factores de riesgo emocional. En este sentido la pregunta acerca de la "tenencia de amigos" o "participación grupal" pudiera no discriminar adecuadamente acerca de la calidad de las relaciones establecidas. Por otra parte, la Escala de Recursos Sociales de la PUC<sup>16</sup> pesquiza posibilidad o no de cuidados frente a una situación de pérdida importante de funcionalidad o autonomía y, en este estudio, el 93.1% refería contar con cuidados indefinidos por algún familiar o persona ajena a la familia en caso de necesidad. Sin embargo, llama la atención que entre los motivos de tristeza y depresión figuran, en un porcentaje considerable, quejas acerca del tipo de relación con la familia, sentimiento de abandono y de soledad, no detectadas con esta escala. Si a esto agregamos el hecho de que la población de A.M que vive en la comunidad es básicamente autovalente<sup>21,22</sup>, con una baja probabilidad de presentar deterioro funcional o cognitivo importante y de requerir por tanto éstos cuidados, hacen cuestionable la utilidad de estas escalas en APS y plantea la necesidad de aplicar alternativas adecuadas que evalúen por ejemplo, la existencia de apoyo sociofamiliar efectivo en la vida cotidiana (*respaldo emocional, ayuda en seguimiento de indicaciones médicas, actividad física etc.*), no solamente por el riesgo emocional que un apoyo inadecuado pudiera acarrear, sino porque éste puede también incidir negativamente en otras áreas de la salud del AM. Con relación a la evaluación funcional, probablemente aporte mayor utilidad el uso inicial de escalas que midan actividades instrumentales, más acordes con las potencialidades de la población que vive en la comunidad, cuya alteración es más probable que afecte la calidad de vida en estos pacientes. El alto porcentaje de casos con probable depresión, que no estaban siendo tratados al comenzar este estudio (91.7%), y el largo período durante el cual referían haber estado presentando síntomas (76.7% durante más de 1 año) llaman la atención, lo que refuerza la necesidad de aplicar instrumentos que faciliten un diagnóstico y tratamiento precoz. La pregunta única acerca de la existencia de tristeza demuestra una alta sensibilidad (95%) para la pesquiza de casos con probable depresión (Y15) y su respuesta negativa un alto valor predictivo negativo (95.3%), es decir, darán una respuesta afirmativa la gran

mayoría de los pacientes que de acuerdo al test Y15 puedan estar deprimidos y los que respondan negativamente en su gran mayoría estarán sanos. El test Y15 a su vez utilizado junto a la pregunta por tristeza, detectan un alto porcentaje de pacientes con sintomatología depresiva clínica e identifican a los pacientes sanos. La respuesta negativa a ambos test simultáneamente predice, además, que el paciente se mantendrá con alta probabilidad sin síntomas serios, al menos durante los próximos 3 meses. Ambos test son de fácil aplicación y pueden ser usados por personal no médico entrenado.

El paso de los años se acompaña efectivamente de una mayor cantidad de situaciones adversas para las que, en general, no hay preparación que ayude a enfrentarlas. A esto se agrega una visión cultural pesimista, que comparte obviamente al AM, que tiende a sobrevalorar los aspectos negativos de ésta etapa<sup>23</sup>, creando así, condiciones que facilitan la aparición de síntomas depresivos. El apoyo psicoterapéutico, de tipo cognitivo-conductual<sup>24</sup>, ayuda a modificar las creencias, actitudes y, en general, la forma que el AM deprimido tiene de interpretar lo que está viviendo, cambiándola por una visión más optimista de su realidad y promoviendo la adquisición de nuevos patrones de conducta que refuercen este cambio. Es una forma de terapia breve, orientada a la resolución de problemas que tiene demostrada utilidad en el manejo de problemas emocionales<sup>25</sup>. La formación del médico de familia entregue estos elementos de manejo que podrían también, ser adquiridos por un médico general tras una capacitación adecuada.

En este trabajo, el 80% de los pacientes tratados completó el período mínimo de tres meses de tratamiento. A pesar de no haber contado con un grupo control, nos parece que el resultado de la intervención fue bueno, consiguiéndose un alto porcentaje de remisión total (66.7%) o parcial (12.5%) de síntomas. Esto sugiere que éstos cuadros pueden ser manejados inicialmente en APS, lugar donde además la continuidad de la atención facilitaría la pesquiza y manejo oportuno del problema, así como de su eventual recidiva.

En resumen, la prevalencia de tristeza y síntomas depresivos en la muestra estudiada es alta, encontrándose al inicio del estudio un elevado número de casos sin diagnóstico ni tratamiento. La pregunta única acerca de la "presencia de tristeza" y la aplicación del test Yesavage abreviado parecen adecuados instrumentos para facilitar su pesquiza. A pesar de que no fue posible demostrar asociación con factores biopsicosociales, la importancia de éstos no puede descartarse. El apoyo psicoterapéutico de orientación cognitivo-conductual, junto

al uso de fármacos antidepresivos parecen una forma útil de tratamiento de trastornos del ánimo en el AM, desde la APS.

## CORRESPONDENCIA :

Dra. Gisela González C

Dirección

: Lira 39, Santiago

Correo electrónico

: giselag@ctcreuna.cl

## Bibliografía

- 1) Blazer D. Depression. En : Hazzard W. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 2ª ed. McGraw-Hill, 1990:1010-18
- 2) National Institute of Health Consensus Conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA, August 26, 1992-vol 268, Nº 8 :1018-24
- 3) Lebowitz B, Pearson J, Schneider L et al. Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. JAMA, October 8, 1997, vol 278, Nº 14:1186-90
- 4) Cerdá R, López-Torres J, Fernández C. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Atención Primaria, Enero 1997, vol 1. Nº 1:12-17
- 5) Murrell S, Himmelfarb S, Wrihht K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. Am J Epidemiol 1983; 117(2): 173 – 85
- 6) Garrard J, Rolnick S, Nitz N et al. Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression. J Gerontol, 1998, vol 53A, Nº 2: M92- M100
- 7) Koenig HG. Late-life depression : How to treat patients with comorbid chronic illness. Geriatrics, May 1999, 54 (5): 56 – 61
- 8) Gelenberg A. Depression is still underrecognized and undertreated. Arch Inter Med August, 1999, vol 159: 1657
- 9) Irwin M, Haydari K, Oxman M. Screening for depression in older adult. Arch Med. August 1999, vol 159: 1701-04
- 10) Williams J, Mulrow C, Kroenke K et al. Case- finding for depression in primary care : a randomized trial. Am J Med, Jan 1999 vol 106: 36 – 43
- 11) Brink TL, Yesavage J. The geriatric depression scale. En: McDowell I. Measuring Health. Oxford University Press, 1996: 259-63
- 12) Lyness J, Kelly T, Cox C et al. Screening for depression in elderly primary care patients. Arch Int Med, Feb 1997, vol 157: 449-54
- 13) Emerson L, Berryhill L, Berryhill J. Validation of geriatric depression scale-short form among inpatients. J Clin Psychol, March 1994: 256- 60
- 14) Cuidados de la Salud del Adulto Mayor en el Nivel Primario. Programa de Salud del Adulto. Ministerio de Salud. 1996.
- 15) Marín PP, Valenzuela E, Saito NK et al. Experiencia piloto en el uso de una ficha de evaluación geriátrica ambulatoria. Rev Med Chile, 1996; 124: 701-6
- 16) Marín PP, Valenzuela E, Reyes P et al. Evaluación geriátrica de adultos mayores en un Hospital Universitario. Rev Med Chile, 1994; 122:1362-6
- 17) Palinka L, Wingard D, Barret-Connor E. Cr Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: a population-based study. J Clin Epidemiol, 1990 49(11) :1131-41
- 18) Ouslander J. Physical illness and depression in the elderly. JAGS, Sept 1982; 30:593 - 9
- 19) Pitt B. Loss in late life. BMJ, 1998 ; 316 :1452-54
- 20) Kennedy G, Kelman H, Thomas C et al. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. Am J Psychiatry, 1989, 146 (2) :220-25
- 21) Marín PP, Kornfeld R, Somlai E et al. Valoración geriátrica ambulatoria de 2116 adultos mayores pobres. Rev Med Chile 1998 ; 126:609-14
- 22) Informe Comisión Nacional para el Adulto Mayor, Santiago, Chile. 1995
- 23) Barros C. Significados y desafíos del envejecer. En: Tiempo Nuevo para el Adulto Mayor. Ed: PP Marín. Programa para el adulto mayor. P. Universidad Católica, 1992: 31-48
- 24) Gelder M. Cognitive and Behavioural Therapies. En: An Introduction to the Psychotherapies. Oxford Med Pub. 1992:133-148
- 25) Enright S. Fortnightly review :cognitive behaviour therapy-clinical applications. BMJ 1997 ; 314 :1811-6