

GERIATRÍA

DEPRESIÓN, EL TRASTORNO PSIQUIÁTRICO MÁS FRECUENTE EN LA VEJEZ

Wendy Navas Orozco*

SUMMARY

The growth of the elderly population has highlighted the health problems associated with aging, including psychiatric disorders. Depression is a chronic or recurrent disease that has important negative consequences because of its high prevalence and its effects on health. This disease is the leading cause of suffering of the elderly and the substantial decline in their quality of life. At no other stage of life, such as the geriatric, combine physical, mental social, causing reduction or cessation of work, changes in the social an economic level, coupled the progressive loss of family and friends, with decreasing the

possibility of establishing new social relations. This article has the objective of reviewing the most relevant clinical aspects of depressive disorder in the elderly in order to provide the primary care physician the basic tools for proper diagnosis and treatment.

INTRODUCCIÓN

Es evidente que se ha producido un progresivo envejecimiento de la población. (20) Con el envejecimiento aparecen un grupo de enfermedades, conocidas como crónicas o degenerativas, y alteraciones conexas a éstas,

que disminuyen la calidad de vida. (16) Se espera que para el año 2050 existan dos billones de adultos mayores de 60 años en el mundo. (9) Con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad. (1, 4, 6, 10) El impacto de este trastorno está siendo cada vez más reconocido, aunque, desafortunadamente, se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida. Sin embargo, es la responsable no

* Médico General. Área de Salud 3. Desamparados. EBAIS Guido 1. CCSS.
e-mail: wendyn@costarricense.cr

sólo de un importante sufrimiento para el paciente y su entorno, sino también de un incremento en la prevalencia y mala evolución de otras complicaciones médicas y, secundariamente, con un claro impacto en el consumo de recursos sanitarios. (12)

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa. Se estima que será la segunda causa en el año 2020, tan sólo inferior a las enfermedades cardiovasculares. (7, 18, 20) Los trastornos depresivos junto a los trastornos por ansiedad, constituyen las afecciones que mayor demanda generan en la atención primaria. (16) Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo la depresión la más frecuente. (7, 18) La prevalencia de la enfermedad depresiva en las personas mayores de 65 años se estima que alcanza el 10-12% de los casos. (17, 19, 20) La depresión es más frecuente en las mujeres, aunque a esta edad las diferencias no resultan tan marcadas como en otras épocas de la vida. (1, 10, 19, 20). Es más común en quienes viven solos, carecen de estudios, padecen alguna patología física o psíquica, presentan mayor deterioro

cognitivo, peor salud general y tienen una peor percepción de su calidad de vida. (10) Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: hospitalizados, institucionalizados, enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómico desfavorecidos. (3, 8). Los estudios que consideran la presencia de sintomatología depresiva reportan una prevalencia más elevada que aquellos que usan los criterios clínicos definitivos. (1) La depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del paciente anciano y la utilización de los servicios de atención primaria. Los adultos mayores deprimidos consultan al médico general 2-3 veces más que aquellos no deprimidos, lo cual aumenta de manera significativa los costos en los servicios de salud. (12, 13).

ETIOPATOGENIA

Respecto a la etiopatogenia de la depresión en la edad geriátrica, conviene señalar, que los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que en otros grupos de edad, pero los factores precipitantes son más relevantes. (12) La actividad de

la serotonina y su unión a los receptores 5-HT disminuye con el envejecimiento. Irregularidades en este neurotransmisor han sido implicadas principalmente en la fisiopatología de la depresión. Aunque controversial, la deficiencia de dehidroepiandrosterona se ha asociado a depresión en los varones y en la aparición de síntomas depresivos en las mujeres, mientras que la disminución de la testosterona ha sido también asociada a la distimia en el hombre. La susceptibilidad genética de la depresión en el anciano ha sido explorada y es un tema de gran interés debido a que se busca algún marcador o genes asociados. La demencia, la enfermedad vascular cerebral y la enfermedad de Parkinson son patologías que afectan el sistema nervioso central y se asocian con el desarrollo de depresión en algún momento de la evolución de la enfermedad. (1) Las causas psicológicas de la depresión son más complejas. Errores cognoscitivos, psicodinámicos o de comportamiento pueden originar la depresión. Se ha observado asociación con el aprendizaje de un comportamiento de abandono y la asociación de la depresión con eventos adversos durante el curso de la vida. (1)

FACTORES DE RIESGO

Los principales factores

precipitantes de carácter somático incluyen los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas,

son controvertidos, como el menor nivel educacional, estado de salud pobre en términos somáticos, presencia de trastornos cognitivos y aparición de una nueva enfermedad médica. La evidencia al respecto no es concluyente. (17)

depresión del anciano son fluctuantes y los instrumentos de detección habituales subestiman o ignoran los síntomas más característicos de la depresión geriátrica, así como su variación. El diagnóstico temprano es

Tabla 1. Factores de riesgo en la depresión senil

Predisponentes	Contribuyentes	Precipitantes
Estructura de la personalidad (dependientes, pasivos-agresivos, obsesivos) Aprendizaje de respuestas a situaciones de tensión Predisposición biológica (genética, neurofisiología, neurobioquímica)	Situación socioeconómica Dinámica familiar Grado de escolaridad, actividades laborales y de recreación Pertenencia a un grupo étnico específico Formas de violencia Comorbilidad orgánica y mental	Crisis propias de la edad Abandono Sentimientos de desesperanza Aislamiento Violencia Muerte de familiares y allegados Pérdidas económicas Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades Discapacidad y disfuncionalidad Dependencia

la radioterapia y la terapia. Las personas mayores son el grupo de población que más fármacos consume, siendo la media de 6-8 al día y es aún mayor en los hospitalizados. Existen varias variables que se asocian a riesgo de depresión en el adulto mayor, las cuales incluyen género femenino, antecedente de episodios depresivos previos, duelo, trastornos del sueño, presencia de enfermedad física, (incluida discapacidad secundaria a pérdida de visión o de audición, dolor crónico), experiencias recientes adversas y pobreza en las relaciones interpersonales. (16, 17, 18) Otros factores de riesgo

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es importante recordar que existen variables psicosociales propias de esta edad, como el aislamiento y la declinación social. La mayoría de las personas de la tercera edad reciben pensiones bastante más magras que su sueldo habitual, razón por la cual suele haber una caída en su estándar de vida. A esta edad se dan los duelos frecuentes, por muertes de familiares cercanos y amigos, sienten que toda su generación comienza a desaparecer, provocando soledad y sensación de ser el próximo. (17) Las manifestaciones de la

importante porque se trata de una enfermedad potencialmente reversible. (1) La depresión es un trastorno del humor, del ánimo, junto a alteraciones en la actividad, en la capacidad de disfrutar de las cosas. Se acompaña de abundantes síntomas físicos como anorexia, cansancio, alteración del sueño, dolores difusos, malestar general o inquietud. El anciano deprimido se encuentra triste, inhibido, sin ilusión por las cosas ni por lo que le rodea, apático, abatido, con pesimismo y sensación de vacío, llanto fácil, irritable, desesperanzado, preocupado, con sensación de soledad e inutilidad; con sentimientos de inadecuación

y de culpa, rumiando los problemas y con pensamientos suicidas. Disminuye su apetito, pierde peso, sufre alteración del sueño, y, como se ha señalado, presenta diversas manifestaciones somáticas, con algias vagas y difusas. No disfruta con sus actividades habituales ni con los seres queridos. Si bien su tasa de remisión es comparable a la de otras edades, la recurrencia de la depresión geriátrica es más elevada. Ésta, con el avance de la edad, tiende a convertirse en depresión refractaria e, incluso, a presentarse más frecuentemente con síntomas psicóticos, y con efectos negativos en la cognición. La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- Dimensión afectiva: Llanto, tristeza, apatía, etc.
- Dimensión cognoscitiva: Desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- Dimensión somática: Cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evaluación intestinal y de la libido, etc.

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores sin depresión, los pueden presentar, debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión

médica inicial. (1)

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del anciano. Las consecuencias entre otras son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento y mayor utilización de los servicios hospitalarios. Los síntomas depresivos han sido igualmente asociados al deterioro de la función cognoscitiva y, aunque ahora se considera la depresión como un estado que puede preceder la demencia, la combinación de la depresión mayor y del deterioro cognoscitivo ya había sido vista, hace años, como un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer. (1) Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión son diversas, y pueden retrasar o impedir la búsqueda de atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. (1) El impacto de la depresión en las capacidades físicas puede ser similar o incluso más fuerte que el de las enfermedades crónicas. La ansiedad y la somatización

son los síntomas dominantes. Es importante conocer todos los medicamentos utilizados (prescritos o no) ya que algunos están asociados al desarrollo de la depresión. (1)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico. Los criterios del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría son universalmente aplicados. (16, 17) La historia clínica completa y el examen físico exhaustivo, incluyendo la evaluación cognoscitiva son fundamentales en la valoración del anciano con sospecha de depresión. El diagnóstico enfrenta diversos problemas, uno de ellos es la heterogeneidad clínica de la depresión y la comorbilidad asociada. (1) La depresión puede desarrollarse por primera vez en la tercera edad o ser una recurrencia de un trastorno afectivo previo. Suele ser menos evidente y franca que en otras etapas de la vida. Puede presentarse clínicamente como en la edad media de la vida y cumplir los Criterios de Depresión Mayor, que a continuación se exponen: (Tabla 2)

Tabla 2. Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor

- A.** Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo, 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

NOTA: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. NOTA: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día
- Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. NOTA: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- Insomnio o hipersomnia casi cada día
- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día observable por los demás
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados casi cada día
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o indecisión, casi cada día
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B.** Los síntomas no cumplen criterios para un episodio mixto

- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos de una sustancia o una enfermedad médica

- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La tristeza es una respuesta normal en el anciano cuando tienen alguna pérdida; sin embargo, es importante considerar los criterios y diagnósticos de depresión mayor en caso de que haya que establecer su diagnóstico. Enfermedades psiquiátricas como el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias o los trastornos de personalidad son algunos de los diagnósticos diferenciales del síndrome depresivo. El trastorno bipolar es otra patología a descartar. Ante la

presencia de fatiga o pérdida de peso deberá descartarse la diabetes mellitus, la enfermedad tiroidea, las neoplasias o la anemia. Los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden debutar con algún trastorno del ánimo. (1) Otros diagnósticos diferenciales a considerar son: envejecimiento normal, duelo, demencia y pseudodemencia, trastornos del sueño. (19)

TRATAMIENTO

El primer paso constituye una valoración médica completa, para

descartar enfermedades médicas o consumo de sustancias, ya que estas condiciones pueden provocar los mismos síntomas que la depresión. El próximo paso sería la evaluación realizada por un profesional en salud mental. El arte de prescribir fármacos de manera correcta y precisa implica la consideración no sólo de la naturaleza química de la sustancia o sustancias en cuestión, sino también el cuidadoso análisis del tipo de paciente al que se han de administrar, su estado físico, afectivo, cognoscitivo, así como del entorno social que le

rodea. Los cambios fisiológicos aunados al aumento en el número de diagnósticos y fármacos consecuentes, colocan a los ancianos ante el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas. El paciente anciano parece ser de 2 a 3 veces más presa fácil de reacciones adversas, si se compara con adultos más jóvenes. (5) El antidepresivo ideal para usar en ancianos debiera no ser cardiotóxico, carecer de efectos ortostáticos y tener bajo poder sedativo. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) constituyen el tratamiento de primera línea. Entre éstos se encuentran la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft) y varios más. Los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, como la venlafaxina (Efexor) son similares a los ISRS, siendo la segunda opción de tratamiento. (15) Los antidepresivos tricíclicos son terapia de tercera línea debido a los efectos anticolinérgicos, posibles efectos sobre el ortostatismo y afecta la conducción cardiaca. (11) Cuando la depresión se acompaña de síntomas psicóticos se puede añadir un neuroléptico atípico, tomando en cuenta que en general en los ancianos es frecuente obtener respuesta a dosis más bajas. (11) Dados los cambios que se presentan con el aumento de la edad y que afectan al tratamiento farmacológico

han de seguirse lineamientos generales para la prescripción de medicación en el anciano basados en consideraciones fisiológicas y farmacológicas elementales: (5)

- Iniciar a dosis bajas
- Incrementar en forma gradual y en pequeñas dosis
- Usar el menor número posible de medicamentos
- Anticipar y cuidar de efectos adversos e interacciones farmacológicas

Con respecto a las variables de aislamiento social, cuidador único y agotado e institucionalización, siempre serán de considerar como desencadenantes y/o contribuyentes al fenómeno de polifarmacia y de descuido del anciano en general. (5) La terapia electroconvulsiva (TEC) está indicada en ancianos con depresión refractaria, depresiones graves con síntomas psicóticos, riesgo de suicidio y pacientes que han mejorado anteriormente con esta terapia. (11) La psicoterapia es útil cuando existen factores psicosociales identificados en el origen o mantenimiento de la depresión o cuando los fármacos son poco eficaces o mal tolerados. (11, 16) El educar a los pacientes y familiares acerca de la depresión es la base de un tratamiento exitoso, ya que este padecimiento continúa siendo un estigma en muchas comunidades y culturas. La educación ayuda a los pacientes a entender que su estado se debe

a una combinación de factores heredados, así como a estresantes personales y del ambiente. (16)

CONCLUSIÓN

La depresión mayor es una pandemia debida al aumento de la esperanza de vida de la población y al desarrollo de enfermedades y discapacidades. La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones que albergan ancianos. El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo. Es fundamental realizar un diagnóstico temprano para dar un tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves. El tratamiento debe ser interdisciplinario y, cuando se opta por el uso de fármacos, se deben considerar los cambios fisiológicos asociados al proceso de envejecimiento para su correcta administración. El problema de la depresión no solo ataña al campo de la psiquiatría, sino a la medicina en general y a la sociedad, y lo que es más importante, a la persona que sufre. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia. Ninguna enfermedad

mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos.

RESUMEN

El crecimiento de la población adulta mayor ha puesto de relieve los problemas de salud relacionados con el envejecimiento, y entre ellos, los trastornos psiquiátricos. La depresión es una enfermedad crónica o recurrente que tiene importantes consecuencias negativas tanto por su elevada prevalencia como por sus efectos para la salud. Esta enfermedad es la principal causa de sufrimiento del anciano y de la considerable disminución de su calidad de vida. En ninguna otra etapa de la vida, como lo es la edad geriátrica, se combinan tanto los aspectos físicos, psíquicos y sociales, provocando disminución o abandono del trabajo, cambios en el nivel social y económico, sumado a las progresivas pérdidas de familiares y amigos, con la disminución de la posibilidad de establecer nuevas relaciones sociales. Este artículo tiene como objetivo revisar los aspectos clínicos más relevantes del trastorno depresivo en los ancianos con el fin de

facilitar al médico de atención primaria las herramientas básicas para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar-Navarro S, Ávila-Funes JA. La depresión: Particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gac Méd Mex* 2007; 143(2): 141-148
2. Anderson DN. Treating depression in old age: The reason to be positive. *Age Ageing* 2001; 30: 13-17
3. Anton Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Saiz R, et al. Tratado de geriatría para residentes. Depresión y ansiedad. Madrid, España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. International Marketing and Communication S.A.; 2006
4. Ayuso Gutiérrez JL. La depresión en la tercera edad. *Avances en Psiquiatría Biológica* 2008; 9: 75-104
5. Badillo Barradas U. La prescripción en el anciano: Cuidado con la polifarmacia y los efectos adversos. *Rev Hosp Jua Mec* 2005; 72(1): 18-22
6. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol 1. A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(3): 249-265
7. Charney D, Reynolds C, Lewis L, et al. Depression and bipolar support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 664-672
8. Dechent C. Depresión eriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2008; 19: 339-346
9. Departamento de Asuntos Económicos y sociales. División de Población. Naciones Unidas. Previsiones demográficas mundiales. Resumen. Revisión 2008. Nueva York, Estados Unidos: 2007
10. Fernández Fernández C, Caballer García J, Saiz Martínez PA, et al. Depression in the elderly living in a rural área and other related factors. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(6): 355-361
11. Fuentes Cuenca S, Mérida Casado E. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicina* 2011; 10(86): 5851-5854
12. Gómez Ayala AE. La depresión en el anciano: Clínica y tratamiento. *Revista Divulgación Sanitaria Ámbito Farmacéutico* 2007; 26(9): 80-94
13. Gurland BJ. Depression and disability in the elderly: Reciprocal relations and changes with age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 3: 163-179
14. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Rev Psiquiatr Uruguay* 2006; 70(2): 151-166
15. Nance DC. Depresión en el adulto mayor. Instituto de Geriatría. [en línea]. [accesado el 2 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.geriatría.salud.gob.mx
16. Roca Socarrás AC, Baster Moro JC, Cristo Núñez M, et al. Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria. [en línea] [accesado el 28 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.cocmed.sld.cu
17. Santander J. Depresión en el adulto mayor: Abordaje diagnóstico. *Medware* 2005; 5(3) [en línea]. [accesado el 28 de setiembre de 2012]. Disponible en: www.mednet.cl
18. Serna de Pedro I. Psicogeriatría. Introducción: Generalidades. Madrid, España: Jarpyo Editores; 1996
19. Serna de Pedro I. Salud mental en el anciano: Identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid, España: Instituto de Salud Pública; 2003
20. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, et al. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21(1): 37-42