

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Introducción :

Los trastornos del ánimo tienen una prevalencia de vida de 16,3% en Chile, y entre estos, los cuadros depresivos son los más relevantes, con una prevalencia de vida de 11,3%. Al considerar la depresión en el adulto mayor se debe tener algunas consideraciones especiales:

Psicosociales: Se une la disminución de actividad física y psíquica con la muerte de amigos y familiares y declinación socio-económica.

Somáticas: Con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos; esto implicará considerar variables farmacológicas y económicas adicionales al decidir el tratamiento de la depresión.

Depresión v/s demencia: Sus síntomas frecuentemente se confunden, coexisten o se agravan mutuamente.

Terapéuticas: Se debe tener especial cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos, así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia usual en este grupo etéreo.

Dada la vastedad del tema nos centraremos en algunos tópicos especialmente significativos en la depresión del adulto mayor.

Definición:

Para entrar de lleno en el tema debemos primero definir el problema. En estricto rigor el diagnóstico de depresión en un adulto mayor debe ajustarse a los mismos criterios que para otras etapas de la vida. Con la idea de presentar una definición operacional relativamente sencilla y fácilmente comunicable presentamos en la tabla adjunta los criterios para depresión de la Asociación Psiquiátrica Americana, contenidos en el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico, cuarta versión).

Episodio Depresivo Mayor. Adaptado de los criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor del DSM - IV

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.

9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.

Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante.

Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., abuso de drogas, medicación) ni a una condición médica general (ej., hipotiroidismo).

Los síntomas no son mejor explicados por un duelo, aunque este puede complicarse por un cuadro depresivo.

Aspectos Epidemiológicos:

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%, lo cual es más bajo que para la población general. Sin embargo, en instituciones tales como casas de reposo u hogares de ancianos la prevalencia de depresión se eleva hasta un 17-20%, con un 28 a 40% de los internos con síntomas depresivos.

Por otra parte, según estudios de seguimiento, la presencia de depresión en pacientes geriátricos hospitalizados por causas no psiquiátricas sería un factor de riesgo para morir 30 meses después del diagnóstico.

Entre los ancianos con depresión, entre un 18 y un 57% presenta un síndrome demencial que desaparece una vez que remite el cuadro depresivo. Este tipo particular de “demencia reversible”, o “pseudodemencia depresiva” como también ha sido denominada, se asociaría con un riesgo 4 a 5 veces mayor de presentar demencia irreversible a 34 meses que aquellos que presentan un cuadro depresivo puro. Para complicar un poco más la situación se debe agregar que alrededor de 1/3 de los cuadros demenciales coexisten con depresión. Dado la importancia de esta relación, entre depresión y demencia, especialmente en este grupo etáreo, será este aspecto en el que profundizaremos algunos conceptos.

Mitos respecto de la depresión en el adulto mayor:

Al igual que en otros aspectos concernientes al adulto mayor, muchas creencias firmemente arraigadas son devueltas por la investigación como una serie de prejuicios o mitos. Basándonos en la revisión realizada por Dan Blazer discutiremos algunas de estas creencias, las que dicen que la depresión en el adulto mayor es:

Sintomáticamente diferente: A veces hacer el diagnóstico de depresión se hace difícil por la tendencia de los adultos mayores a negar los sentimientos de culpa, tristeza o malestar psicológico. Sin embargo, en estudios en pacientes hospitalizados y en la comunidad no se observaron mayores diferencias en la presentación de los cuadros clínicos, aunque aparecieron algunas peculiaridades, como una mayor representación de ánimo deprimido, molestias psicosomáticas, pobre satisfacción con la vida y desconfianza.

Más frecuente: Aunque algunos estudios muestran que la población mayor presenta síntomas disfóricos frecuentemente, estos suelen asociarse con una variedad de estresores psicosociales y no llegan a constituirse en episodios depresivos, de hecho hoy se considera que la prevalencia de depresión en el adulto mayor es menor que en el resto de la población, tal como ocurre en el caso de Chile.

Más crónica : Trabajos iniciales indicaban una alta tasa de recurrencia de los episodios depresivos en sujetos de la tercera edad lo cual se ha mantenido sin cambios. Lo que ha ido variando es el conocimiento cada vez mayor acerca del curso de los trastornos depresivos, resaltando la alta recurrencia de estos en todos los grupos etáreos, incluidos los adultos mayores. Estos hallazgos han impulsado a instaurar tratamientos de mantención muy prolongados o de por vida tras el segundo o tercer episodio.

Más difícil de tratar: Se ha especulado que la depresión en el adulto mayor responde más difícilmente a tratamiento que en otros grupos etáreos. Lo que hoy está claro es que los episodios depresivos no complicados con comorbilidad somática o daño cognitivo tienen la misma probabilidad de respuesta a tratamiento que en pacientes más jóvenes. La comorbilidad somática, frecuente en estos pacientes, se ha demostrado que empeora el pronóstico de la enfermedad depresiva a cualquier edad. Obviamente al tratar adultos mayores deberemos considerar especialmente los perfiles de efectos colaterales e interacciones de los psicotrópicos que indiquemos.

Depresión con “Demencia Reversible”:

Si bien los criterios diagnósticos para depresión del DSM-IV incorporan la aparición de síntomas cognitivos, existe un grupo de pacientes en que este hecho se convierte en una alteración grave y central del cuadro, apareciendo sintomatología demencial que obliga a considerar las demencias de curso reversible e irreversible dentro de los diagnósticos diferenciales. En algunos casos esta diferenciación puede ser muy difícil de establecer, aunque existen algunos detalles clínicos que orientan a un origen depresivo de los síntomas. Entre estos elementos debemos considerar:

Historia de episodios depresivos previos con o sin compromiso cognitivo. Un factor adicional es el antecedente de tratamientos exitosos con antidepresivos.

Comienzo abrupto de los síntomas, con un evidente empeoramiento cognitivo en un período inferior a 6 meses.

En la anamnesis es posible establecer que los síntomas depresivos han precedido la sintomatología demencial.

Habitualmente las quejas respecto del empeoramiento cognitivo son peores de lo que el clínico puede encontrar al realizar un examen objetivo de funciones corticales, es decir, la queja subjetiva es mayor al hallazgo objetivo, lo cual normalmente es a la inversa en sujetos con demencia tipo Alzheimer.

Entre los contenidos ideacionales se hace evidente la tendencia a exagerar los propios errores y culparse excesivamente. Esto tiene su máxima expresión en el delirio de culpa. Otras temáticas comunes son la enfermedad somática, la desesperanza y la ruina, cada una de las cuales puede tener su expresión delirante.

La presencia de ciertas alteraciones neurovegetativas propias de la depresión, como la disminución del apetito y el insomnio medio y/o de despertar precoz.

Por último, el antecedente familiar de un cuadro anímico mayor, trastorno bipolar o monopolar recurrente, debe hacer pensar en la posibilidad de un sustrato orgánico para el cuadro demencial que se evalúa.

Finalmente, ante la sospecha de una depresión complicada con una “demencia reversible” se debe realizar un tratamiento antidepresivo estándar, considerando las dificultades

propias del paciente añoso, lo que discutiremos más adelante. En algunas ocasiones el diagnóstico diferencial sólo se aclara retrospectivamente, cuando un paciente en el que existió la duda diagnóstica fue tratado con terapia antidepresiva con total mejoría de los síntomas cognitivos y anímicos.

Enfermedad de Alzheimer y Depresión:

Miraremos el problema desde el lado contrario. Sabemos que 10 a 30% de los enfermos con Enfermedad de Alzheimer (EA) presentan concomitantemente depresión, y hasta un 50% tiene al menos síntomas depresivos. Se ha mostrado asimismo que la tendencia a aislarse precede el diagnóstico de EA en alrededor de 30 meses, en tanto que la aparición de ideación suicida y el diagnóstico de depresión son vistos comúnmente alrededor de 20 meses antes de diagnosticar EA.

La dificultad para identificar casos leves de EA agrega a la frecuente comorbilidad con depresión el hecho de que ambos trastornos pueden tener una presentación que incluye síntomas que les son comunes, por ejemplo.

Apatía y pérdida de interés.

Dificultad para pensar y concentrarse.

Retardo o agitación psicomotora.

Trastornos del sueño.

En resumen, la coexistencia de Depresión Mayor y cuadros demenciales en los adultos mayores es una realidad frecuente, de hecho, los cuadros depresivos de inicio en la tercera edad, esto es, sin antecedentes previos, suelen ser la antesala de la Enfermedad de Alzheimer. Más allá de las complejidades del diagnóstico diferencial en los casos señalados, se debe ser enérgico en tratar tanto las “demencias reversibles de origen depresivo” como las depresiones que coexisten con cuadros demenciales, ya que la respuesta terapéutica es comparable a la de las depresiones que podríamos llamar “puras”, en el sentido de no estar enturbiadas por síntomas de demencia.

Tratamiento:

Medidas Generales:

Variables ambientales. Se debe tener en cuenta el lugar donde el paciente vive y se desenvuelve, con quienes se relaciona y constituyen su red de apoyo social. ¿A quién podremos solicitar apoyo o cuidados especiales en caso de requerirlo?

Autonomía del paciente. ¿Es el paciente capaz de cuidar de si mismo, de encargarse de su tratamiento?. O tal vez debemos considerar el concurso especial de familiares o amigos, y de no lograrlo evaluar la hospitalización del paciente como medida de protección y medio de asegurar el cumplimiento de las indicaciones.

Factores económicos. Se debe evaluar la existencia de un sistema previsional adecuado o en su defecto la posibilidad de apoyo económico familiar. Debemos estar seguros de que el paciente tiene los recursos para cumplir con las indicaciones que estamos dando. Si no es así tendremos que reconsiderar nuestras opciones.

Enfermedades somáticas concomitantes. La presencia de otras enfermedades hará considerar en forma especial la tolerancia del paciente a nuestros tratamientos tanto

por factores orgánicos (ej., disminución de proteínas plasmáticas, falla hepática, falla renal, etc.) como por la interacción con otros fármacos.

Necesidad de hospitalizar. En casos en que la severidad del cuadro así lo requiere, por ideación suicida franca o necesidad de cuidados de enfermería se debe indicar la hospitalización. También se debe efectuar cuando tenemos dudas de que el paciente por razones de poca autonomía o escasa red de apoyo pueda cumplir las indicaciones.

Medicación antidepresiva

Antidepresivos tricíclicos. En Chile sólo están disponibles la imipramina, la amitriptilina y la clomipramina (Anafranil), los cuales tiene una excelente acción antidepresiva, pero debido a sus importantes efectos anticolinérgicos no son recomendable como primera opción ya que se arriesgan hipotensión, retención urinaria, constipación y arritmias. En los casos que se deben utilizar pueden bastar dosis de 75 a 150 mg./día, dosis que se debe alcanzar con aumentos sucesivos de 25-50 mg. cada 3 o 4 días para asegurar su tolerancia.

Inhibidores de recaptura de serotonina. Se han convertido en la primera opción debido a su fácil posología, generalmente una toma diaria, y a su perfil de efectos colaterales relativamente benignos. En Chile disponemos de fluoxetina (Prozac) sertralina (Altruline), paroxetina (Aroxat), citalopram (Cipramil) y fluvoxamina (Luvox). Para fluoxetina, paroxetina y citalopram la dosis útil suele ser de 20 mg./día., aunque se sugiere comenzar con la mitad de esa dosis y subir al cabo de unos días. En el caso de sertralina y fluvoxamina la dosis útil habitual es 50 y 100 mg./día respectivamente. Debido a la larga vida media de la fluoxetina (hasta 7 días con sus metabolitos activos) se tiende a preferir cualquiera de los otros cuando existe una mejor disponibilidad económica, aunque son comparables en efecto antidepresivo.

Otros antidepresivos. Son también seguros en este grupo etéreo:

- Mianserina (Athimil): antidepresivo de acción noradrenérgica, útil en dosis de 30 a 60 mg./día, con un muy buen efecto sedante que lo hacen recomendable en sujetos con gran angustia o trastornos del sueño.
- Venlafaxina (Depurol): de acción mixta noradrenérgica y serotoninérgica, útil en ancianos en dosis de 75 a 150 mg./día.
- Mirtazapina (Promirtyl), moclobemida (Aurorix), tianeptina (Stablon), amineptino (Survector) y trazodona (Trittico) son también seguros en ancianos.

Como en todo tratamiento antidepresivo este se debe mantener por al menos 6 meses tras la recuperación completa del episodio índice, utilizando siempre la misma dosis que se requirió para obtener la mejoría. En los casos recurrentes se evaluará el tratamiento a permanencia de por vida.

Medicación ansiolítica e hipnótica

En general se recomienda evitar las benzodiazepinas por los riesgos de reacciones paradójales y por su impacto mermando funciones cognitivas. Como ansiolítico se puede optar por la buspirona (Paxón) en dosis de 10-30 mg./día y como hipnóticos se usan con éxito antihistamínicos, hidrato de cloral o antidepresivos como la trazodona (Trittico) en dosis de 25 a 100 mg./noche.

Uso de antipsicóticos

En los casos de depresión con síntomas psicóticos se recomienda utilizar fármacos con

poco efecto anticolinérgico, especialmente haloperidol (Haldol) en dosis de 2 a 5 mg./día, o, si se quiere disminuir el riesgo de síntomas extrapiramidales, se puede indicar risperidona (Risperdal) en dosis de 1-3 mg./día

Terapia electroconvulsiva

Este es el tratamiento de elección de los cuadros depresivos con síntomas psicóticos, particularmente en sujetos incapaces de tolerar mezclas de antidepresivos y antipsicóticos o en quienes por cuya gravedad no se pueda esperar la latencia habitual en el inicio del efecto antidepresivo de los psicofármacos.

Psicoterapia

Las herramientas psicoterapéuticas deben ser consideradas en el manejo de duelos, aceptación de los cambios de roles que esta etapa trae consigo, e importantemente el manejo de la desesperanza como elemento perpetuador de los cuadros depresivos del anciano. La consideración del sistema en que el paciente se desenvuelve, habitualmente la familia, debe siempre tenerse en cuenta ya que el funcionamiento sistémico puede estar íntimamente relacionado con el funcionamiento y roles del sujeto.