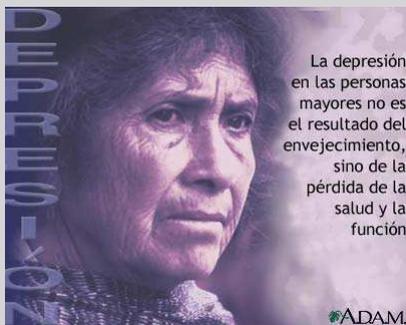


DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Julia Rodríguez Revuelta

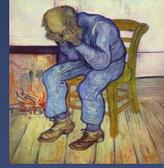


Estado de ánimo depresivo \neq
Característica normal
del envejecimiento



8.8 \leftrightarrow 23.6%
12,3%

Introducción



- La depresión es una enfermedad relativamente frecuente en el anciano (15%)
- Puede estar **enmascarada** por síntomas predominantemente físicos o bien por la presencia de otras enfermedades (ej. demencia)
- Importantes cambios morfológicos y tisulares con disminución de la población neuronal y cambios en la bioquímica de la neurotransmisión
- Hay cambios en la farmacocinética y farmacodinamia

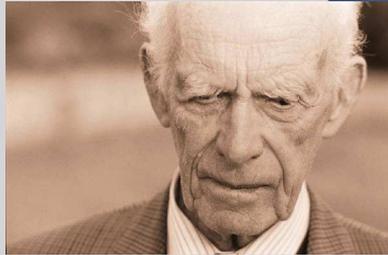
Consecuencias de la depresión en anciano



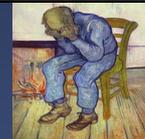
Aislamiento social. Soledad

- Baja calidad de vida
- Incremento del uso de los servicios de salud
- Deterioro cognitivo
- Riesgo de cronicidad
- Mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad
- Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad
- Alto riesgo de suicidio
- Complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes como el ictus

Etiología de la Depresión en el anciano



Etiología de la depresión en el anciano



Polimorfismo
clínico

PÉRDIDA



ADAPTACIÓN

- Neurobiología
- Envejecimiento cerebral
- Comorbilidad ↔ Funcionalidad
- Apoyo socio familiar
- Acontecimientos vitales estresantes: viudedad
- Fragilidad afectiva

Personalidad premórbida

Causas somáticas de síntomas depresivos

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad vascular cerebral
- Trastornos endocrinos
 - > Hiper/hipotiroidismo
 - > Diabetes
 - > Sd Cushing
 - > Hiperparatiroidismo...
- Cáncer: pulmón, páncreas
- Dolor crónico
- Fármacos: propranolol, corticoides, reserpina, metidopa, ranitidina, quimioterapia, (tamoxifeno)

Particularidades de la depresión en el anciano



Particularidades de la depresión en el anciano

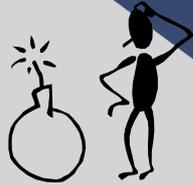
- ◉ No existe unanimidad en la literatura sobre si hay síntomas específicos y diferenciales en la depresión del anciano.
- ◉ CIE/ DSM no distinguen una forma especial de depresión en el anciano
- ◉ En general se puede decir que los síntomas depresivos en el anciano son superponibles a los del adulto joven, con ciertas peculiaridades

Particularidades de la depresión en el anciano



- ◉ Es más importante en ancianos detectar un **cambio** (disminución del ánimo las semanas o meses precedentes) que la presencia o ausencia del síntoma.
- ◉ **Anhedonia** ("aburrido"): **Tristeza**
 - > baja autoestima, pesimismo, actitud rumiativa, ideas de culpa autocrítica y autorreproche, ideas sobrevaloradas o delirantes, enlentecimiento cognitivo etc..
- ◉ **Enlentecimiento psicomotor**
- ◉ **Síntoma somáticos** (65%) e hipocondriacos. Melancolía
- ◉ Tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar **sintomatología psicótica**, ideas delirantes del tipo de culpabilidad, persecución, celos y síndrome de Cotard
- ◉ Mayor **resistencia** al tratamiento, > morbimortalidad

Síntomas cognitivos



Desesperanza
ideas de suicidio



Ideas de culpa
ruina, enfermedad



Pérdida de autoestima

Pensamiento negativo



Dificultades de concentración

Enlentecimiento/ quejas pérdida
memoria



Pensamiento monotemático

Síntomas somáticos e hipocondriacos



Cansancio



Dolores



Trastornos digestivos



Alteraciones del sueño
(insomnio, despertar
temprano, hipersomnía)



Cambios en apetito
disminución peso

Sd de Cotard



- ◉ El **síndrome de Cotard** o delirio de negación o delirio nihilista es un delirio de tema hipocondríaco centrado en el creer estar muerto, no existir o haber perdido sus órganos internos.
- ◉ Jules Cotard, neurólogo francés describió este síndrome, al que denominó *le délire de négation* ;
 - > *Mademoiselle X*, negaba la existencia de diversas partes de su cuerpo y que necesitara comer. Más adelante, creía que estaba eternamente condenada y que ya no podría morir una muerte natural.
 - > Los pacientes llegan a creer que sus órganos internos se han detenido, que sus intestinos no funcionan, que su corazón no late e incluso que se están pudriendo, llegando a presentar algunas alucinaciones olfativas en este sentido. Llega a detener la idea de que en realidad él mismo está muerto e incluso que han fallecido personas allegadas a él.
- ◉ Aunque es típico de las depresiones más graves se puede ver en otras enfermedades mentales graves (demencia con síntomas psicóticos, esquizofrenia, psicosis debidas a enfermedades médicas o a tóxicos).

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

SUICIDIO

Planificado. Métodos violentos.

Diferente: "desearía estar muerto"

80% tienen enfermedad psiquiátrica (depresión)

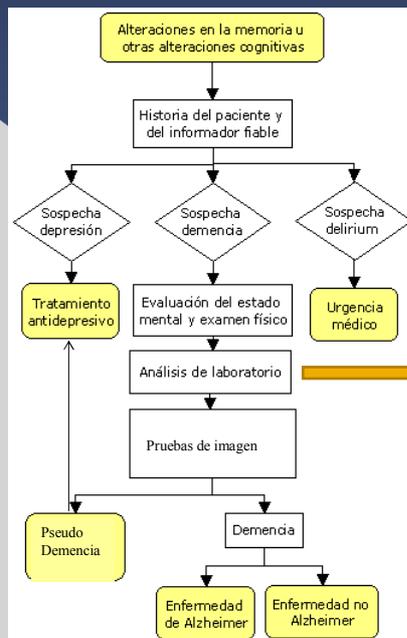
Tasa más elevada: MAYORES de 75 años

- Deprivación sensorial
- Deterioro funcional establecido no reversible
- Sexo (varón, viudedad)
- Enfermedad: Neoplasia
- Soledad, carencia de apoyo social
- Síntomas psicóticos
- Abuso de alcohol
- Intento de suicidio previo*
- Desesperanza

MAYOR RIESGO:

- Al inicio episodio
- Al comienzo mejoría clínica. ATD
- Pocos meses tras recuperación

DEPRESIÓN Y DEMENCIA



Causas de demencia tratable:

Hemograma
Bioquímica
Iones
Hs tiroideas
Serologías
Vitaminas B12
Ac fólico...



En ancianos la coexistencia de depresión y deterioro cognitivo es una situación muy frecuente y que puede plantear dificultades diagnósticas. Nos encontramos con varias situaciones:

1. **Síndrome demencial** que se inicie de forma prodrómica con un proceso depresivo. (30%)
2. Sintomatología depresiva en el contexto de una demencia establecida. (2/3 de los pacientes,)
3. En el contexto de un síndrome depresivo primario una afectación cognitiva (a este cuadro se le ha llamado tradicionalmente **Pseudodemencia**).
4. Por último, ciertos **fármacos** que provocan merma cognitiva inducirían de forma selectiva un cuadro de deterioro y al contrario, podría pasar que algunos fármacos utilizados en el tratamiento de la demencia podrían precipitar en desarrollo de sintomatología depresiva

Pseudodemencia

PSEUDODEMENCIA	DEMENCIA
Inicio agudo	Inicio con límites amplios
Hª previa depresiva	No tiene por que hª previa
Fluctuación en capacidad cognitiva	No fluctuación
Quejas subjetivas pérdida de memoria	No insight de deterioro cognitivo
No fabulaciones, "no sé"	Fabulaciones, intenta responder
No alt de conducta	Alteraciones conductuales
Mejora con ATD	No mejora con ATD
La familia percibe disfunción	La familia, a veces, no percibe disfunción
Humor deprimido, quejas detalladas	Humor indiferente o irritable, quejas vagas
Aislamiento, pérdida habilidades sociales	Se mantienen cierto tiempo habilidades sociales

¿Qué hacer cuando estamos delante de un anciano?



SÍNTOMAS: Inicio, duración, evolución
FACTOR DESENCADENANTE

INFORMADOR

ANTECEDENTES:

Comorbilidad ↔ Función
Fármacos. Alcohol.
Historia psiquiátrica previa. Tratamientos y adhesión

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Neurológica, cardiovascular, nutrición, patología tiroidea.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Clínica sensoperceptiva.
Rasgos de personalidad.
Trastornos conductuales.
Autoestima, culpa.
Ideación autolítica.

EXPLORACIÓN COGNOSCITIVA: MINIMENTAL

Atención
Orientación
Memoria
Abstracción, ejecución.

INSTRUMENTOS

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

HG, PFR, PFH, TSH, B₁₂, Fólico, Serologías



Exploración humor y estado afectivo

- > No están acostumbrados a hablar de sus emociones
- > Síntomas atípico: Quejas somáticas (exploraciones complementarias)
- > Síntomas de insomnio, cansancio, pérdida de apetito..pueden ser por enfermedades físicas
- > Síntomas más fiable: anhedonia y cogniciones negativas
- > Enlentecimiento psicomotor
- > Síndromes menores depresivos: adaptación
- > Nivel cognitivo; demencia/pseudodemencia

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO



ESCALA DE HAMILTON

21 ítems. 30 MINUTOS.
Síntomas ansiosos,
somáticos,
conductuales.

NO VALIDADA

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA. Yesavage.

GDS

30 ítems. 15 MINUTOS

15 ítems. 5-7 MINUTOS

Tabla IV

SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y AUC DE CADA PREGUNTA

GDS-VE	S	E	AUC
1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida?	31,1	91,2	0,612
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	37,8	79,2	0,585
3. ¿Siente que su vida está vacía?	71,1	74,1	0,726
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	63,3	76,1	0,697
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	56,7	79,9	0,683
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	60,0	66,0	0,630
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	44,4	86,8	0,656
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	48,9	87,4	0,682
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	63,3	46,8	0,551
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	35,6	79,9	0,577
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	20,0	91,2	0,556
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	38,9	82,4	0,606
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	54,4	78,0	0,662
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	50,0	74,8	0,624
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	43,3	85,5	0,644

S: Sensibilidad. E: Especificidad. AUC: Área bajo la curva ROC. GDS-VE: Escala geriátrica de depresión. Versión española.

Entrevista con el cuidador:

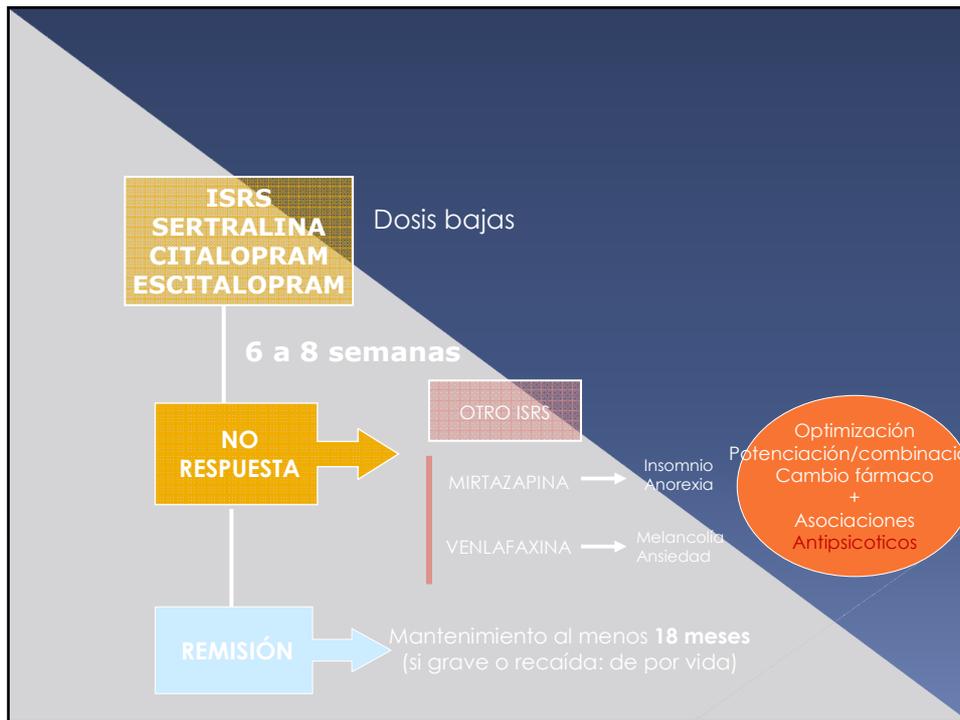
- Inicio y curso de la enfermedad.
- Hª Psiquiátrica y física. Episodios previos. Farmacos
- Estructura familiar
- Historia de la relación con el paciente
- Nivel de implicación en el cuidado del paciente Grado de voluntariedad y estrés en relación a los cuidados
- Expectativas sobre la intervención del psiquiatra y que debería de hacer éste.
- **Funcionamiento, dependencia, situación social**

Tratamiento de la depresión en el anciano



Consejos.....

- La dosis más baja posible para lograr respuesta
- Evitar fármacos con efecto anticolinérgico
- Dosis ascendente lenta
 - Iniciar con medio o un cuarto comprimido y subir cada cinco días
- Cuidado con la polifarmacia, interacciones
- Recordar al paciente que el efecto se retrasará al menos 15-20 días, (ancianos se retrasa más)
- Atención especial si se asocia a síntomas psicóticos o ideación autolítica
- CUMPLIMIENTO !!!!!!!!!??????
- No abandono brusco de la medicación



	DOSIS	PAUTA	EFFECTOS SECUNDARIOS	UTILIDAD
CLORIMIPRAMINA ANAFRANIL®	25-150 (mg)	12h	Sequedad de boca Estreñimiento ↑anticolinérgicos Cardiológicos ,hipot	CASOS GRAVES RESISTENTES
MIANSERINA LANTANON®	10-30 (mg)	24h	Hipotensión ↓ anticolinérgicos	DORMIR CARDIOPATAS
TRAZODONA DEPRAX®	100-200 (mg)	24h/ 8h	Sedación Náuseas,vómitos ↓ anticolinérgicos	DORMIR POTENCIADOR
MIRTAZAPINA VASTAT®,REXER®	15-30 (mg)	24h	Pocos efectos GI Sedación, aumento apetito	DORMIR SD GENERAL ENFS MÉDICAS
VENLAFAXINA VANDRAL®,DOBUPAL® (Retard)	75-150 (mg)	24h	HTA Alteraciones EKG Anticolinérgicos	DEPRESIONES GRAVES FALTA DE RESPUESTA

	DOSIS	PAUTA	EFECTOS SECUNDARIOS	UTILIDAD
DULOXETINA CYMBALTA/XERISTAR	60-120 (mg)	24h	Náuseas, vómitos Retención urinaria	DOLOR NEUROPÁTICO DB DEPRESIONES GRAVES
FLUOXETINA PROZAC ®, RENEURON ®, ADOFEN ®	20 (mg)	24h/ semanal	Temblor Náuseas, vómitos,cefaleas SIADH	POSOLOGÍA SOLUCIÓN ORAL 5 ML
PAROXETINA SEROXAT ®,MOTIVAN ® FROSINOR ®	20 (mg)	24h	HipoT postural Anticolinérgicos Náuseas, vómitos	COMORBILIDAD ANSIEDAD
SERTRALINA BESITRAN ®,AREMIS ®	50-150 (mg)	24h	Náuseas, vómitos, insomnio, cefalea	1º ELECCIÓN
CITALOPRAM PRISDAL ®, SEROPRAM ®	20 (mg)	24h	Náuseas, vómitos,insomnio, cefalea	POLIMEDICADO 1ºELECCIÓN
ESCITALOPRAM CIPRALEX ®,ESERTIA ®	10-20 (mg)	24h	Náuseas,vómitos, insomnio, cefalea	POLIMEDICADO 1º ELECCIÓN

¡¡¡Evitar benzodiazepinas en ancianos¡¡¡

Sobre todo en pacientes con
deterioro cognitivo
Pueden originar efecto paradójico
y Sd Confusional agudo



INFRADIAGNOSTICO



SUPRADIAGNOSTICO

- Se considera ánimo depresivo característica normal del envejecimiento
- No están acostumbrados a hablar de sus sentimientos
- Estigma del tratamiento psiquiátrico
- Comorbilidad con enfermedades médicas que lo enmascaran
- Diagnóstico de demencia en episodio depresivos (pseudodemencia)

- Muchos ancianos polimedicaados por ser "molestos"
- Quejas de tipo depresivo que no configuran un síndrome completo "estados depresivos menores"
- Diagnóstico de depresión en pacientes con demencia
- El reconocimiento del Malestar psicológico como depresión es característico de nuestra sociedad actual. (familia)

Vejez no es sinónimo de tristeza

