
LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ANCIANO.

José Antonio López Trigo
Centro Municipal Tercera Edad
Area de Bienestar Social, Ayuntamiento de Málaga. ESPAÑA.

RESUMEN.

La depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad (directamente e indirectamente por comorbilidad con otras enfermedades) en la población geriátrica. Altera la calidad de vida del que la sufre y es, además, un problema social y de salud pública. La prevalencia varía según el medio en el que la estudiemos y según los instrumentos diagnósticos que usemos. La depresión del anciano tiene formas peculiares de presentación (depresión menor, depresión de inicio tardío) y, a veces, pueden predominar síntomas físicos o cognitivos. Algunas veces aparecen lesiones orgánicas en el sustrato de la depresión ("depresión vascular"). La terapia antidepresiva en ancianos es frecuentemente complicada por comorbilidad de enfermedades médicas, la polifarmacia y por el aumento de sensibilidad a los efectos de los fármacos. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina aportan seguridad, eficacia y reducción de efectos adversos, siendo el grupo de elección en el tratamiento de la depresión en el anciano.

Palabras clave : Depresión geriátrica. Diagnóstico de depresión. Alteraciones cognitivas. Antidepresivos.

1. INTRODUCCIÓN. EPIDEMIOLOGÍA.

La depresión constituye uno de los síndrome psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad ⁽¹⁾

Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia (en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad) y conllevan alta morbilidad tanto directa como indirecta (comorbilidad con otros procesos) ⁽²⁾

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas ⁽³⁾, y según el grupo poblacional al que se estudie : ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados. En lo que coinciden la mayoría de estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están infradiagnosticados e infratratados.

Si se analizan estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3 %) que estudios que usan instrumentos dimensionales de screening como la Geriatric Depression Scale (GDS)⁽⁴⁾, la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)⁽⁵⁾ o la escala de Koenig ⁽⁶⁾ que se basa en la presencia de más o menos síntomas de los llamados "depresivos".

Bruce y Leaf ⁽⁷⁾ constataron en una muestra de ancianos en la comunidad que las probabilidades de muerte en sujetos con trastornos del estado de ánimo eran cuatro veces mayores que en el resto de la muestra. Por otro lado parece evidente que los ancianos tienden a manifestar la sintomatología depresiva al médico en menor medida que los adultos más jóvenes ⁽⁸⁾. Los síntomas psicológicos y los emocionales son los más infracomunicados al contrario de los somáticos y neurovegetativos ⁽⁹⁾.

Si analizamos por grupos poblacionales podemos observar :

1.1 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN ANCIANOS EN LA COMUNIDAD.

Los diferentes estudios epidemiológicos han intentado diferenciar las tasas de prevalencia en la comunidad según los diferentes subtipos de diagnóstico de depresión. Podemos observar igualmente ciertas variaciones según el lugar de origen, la escala utilizada y la definición de la población operativa al considerar la edad de corte.

La prevalencia de trastorno depresivo mayor se sitúa entre el 1 y 6 %, la distimia depresiva entre el 3 y 20 %, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30 % de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13 % ⁽¹⁰⁾.

En la tabla I se recogen diversos estudios epidemiológicos realizados en poblaciones ancianas en la comunidad y se expresan los métodos usados para el diagnóstico de depresión, la edad de corte poblacional y los resultados.

Los estudios comunitarios recogidos en la tabla I establecen, por término medio, una prevalencia del 10 % de depresión de ancianos que viven en la comunidad y aunque los resultados presentan una cierta variabilidad según el lugar, la definición poblacional operativa al considerar la edad de corte y la escala utilizada ha de tenerse en cuenta la existencia de un factor que puede incrementar estas tasas. Este no es otro que la exclusión, con frecuencia, en estudios epidemiológicos de pacientes con trastornos cognitivos. Estos pacientes, como sabemos, presentan alteraciones afectivas en un porcentaje muy elevado de casos.

1.2 PREVALENCIA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS.

LA institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso ⁽¹¹⁾. Sentimientos de abandono en la residencia, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso del dinero, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con incremento del grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción. Junto a ello, falta de objetivos vitales, aumento de la autopercepción de enfermedad y ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas que precipitan el ingreso en la residencia, a veces, el fallecimiento del cónyuge y la carga valorativa de carácter negativo que implica el ingreso en una residencia ^(12,14).

La prevalencia de depresión entre población de residencias es muy elevada pero existe una gran dispersión de datos debido en parte a la heterogeneidad de los centros. Así, podemos encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en el 14 % y estudios en los que alcanza el 70 %.

De los estudios más importantes analizados y que se recogen en la tabla II obtenemos una prevalencia en el intervalo 15-35 %.

1.3 PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS.

Como se ha comentado antes, tanto para población anciana en la comunidad como para la que habita en residencias, también hay disparidad en cuanto a cifras de prevalencia de depresión entre ancianos hospitalizados. Es clásico citar el estudio de Koenig ⁽¹⁵⁾ que haya una prevalencia de alteraciones depresivas mayores en el 10-21 % de los pacientes hospitalizados.

La prevalencia de depresión menor en este mismo estudio se sitúa en el 14-25 %. Todo ello, en función del criterio escogido para interpretar los resultados de la aplicación del instrumento usado, National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule (DIS).

2. ETIOPATOGENIA Y FORMAS CLÍNICAS DIFERENCIALES.

La depresión del anciano, con independencia de la forma clínica que adopte, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente. La etiología, por tanto, como en personas más jóvenes, es biopsicosocial ⁽¹⁶⁾.

Los factores de riesgo de tipo biológico, incluso los genéticos, tienen tanta importancia como en la edad adulta, especialmente para los casos que comenzaron en esa edad y recidivan. Para los casos de inicio tardío la importancia de los factores genéticos es menor. Las modificaciones que ocurren en la neurotransmisión son un factor predisponente para la aparición de trastornos afectivos en edades tardías.

Todos los cambios psicosociales que suelen acaecer en edades más avanzadas (pérdidas personales, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos, etc) cobran una especial relevancia y son frecuentemente originarios de depresión y más en varones. También se consideran de importancia las situaciones que generan estrés crónico.

Los trastornos médicos pueden causar depresión en los ancianos, así como, el abuso del alcohol, algunos fármacos y algunas drogas. Los factores psicológicos incluyen, entre otros, la culpa y los patrones de pensamiento negativo. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante como se comentará más adelante.

En la tabla III se incluyen los factores de riesgo de varios tipos para padecer depresión.

Los episodios depresivos, especialmente la depresión mayor, pueden presentar características similares en adultos jóvenes y en ancianos, aunque en estos habrá consonancia entre los síntomas y los condicionantes intrínsecos a su edad.

Desde el punto de vista de presentaciones diferenciales merece la pena reseñar dos cuadros. Se trata de la depresión de inicio tardío y de la depresión menor.

DEPRESIÓN DE INICIO TARDÍO.

A lo largo de diferentes estudios se ha ido distinguiendo entre una serie de procesos depresivos que han comenzado en edades tardías de aquellos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias también pueden aparecer en edades tardías. Parecen ser procesos, etiopatogénicamente, distintos.

La depresión de inicio tardío suele tener menor carga genética (menos historia familiar de depresión), pero una mayor prevalencia de déficits cognitivos, recurrencias, comorbilidad médica y mortalidad ⁽¹⁷⁾. El estudio de neuroimagen de estos pacientes suele mostrar mayor grado de atrofia córtico-subcortical y un exceso de señales hiperintensas en sustancia blanca y ganglios basales ⁽¹⁸⁾ que serían indicativos de patología vascular cerebral, de ahí que a esta forma de depresión se conozca como depresión vascular ⁽¹⁸⁾ y tiene peor respuesta al tratamiento antidepressivo y peor evolución.

DEPRESIÓN MENOR.

Parece evidente, clínica y epidemiológicamente, que el número de pacientes con síntomas depresivos que no cumplen, sensu estricto, criterios de depresión mayor excede, claramente, del número de pacientes que cumplirían dichos criterios. Estaríamos ante pacientes con síntomas atenuados, de menor intensidad o de menor duración de lo definido como depresión mayor. Aún así, estos síntomas interfieren en el rendimiento personal y en las funciones relacionales.

La depresión menor, como entidad clínica, es difícilmente encuadrable en las clasificaciones actuales y podría situarse dentro de la depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente (incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV, excepto por su duración) ⁽¹⁶⁾, remisión parcial o pródromos de depresión mayor, distimia, trastornos debidos a enfermedades somáticas o bien algunos de los antiguos diagnósticos CIE-9, como personalidad depresiva. En el apéndice de la última edición del DSM-IV ya aparece propuesto el diagnóstico de depresión menor.

Para ser diagnosticado de depresión menor el paciente ha de sufrir un trastorno de 2 o más semanas de duración con tres de los criterios de depresión mayor. Diversos estudios como el de Kivela ⁽¹⁹⁾ han encontrado en países nortueuropeos grupos de pacientes de edad avanzada incluíbles en criterios de depresión menor o distimia cuya sintomatología y niveles de incapacidad eran comparables con los de los pacientes afectos de depresión mayor.

En la tabla IV se facilitan los criterios DSM-IV de diagnóstico de depresión mayor.

Esta 4ª edición del DSM incluye categorías para el trastorno de estado de ánimo debido a un "trastorno médico general" o "debido al uso de sustancias". Esta dos categorías son especialmente relevantes para los pacientes geriátricos, cuyas alteraciones del estado de ánimo a menudo aparecen en el contexto de enfermedades neurológicas y médicas que requieren el uso de múltiples fármacos.

Aportaciones como el estudio de Umtzer ⁽²⁰⁾ muestran que las formas menores de depresión son responsables de un mayor uso de recursos sanitarios.

3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infradiagnostique ⁽¹⁷⁾ y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas ⁽²¹⁾.

No existe unanimidad en la literatura sobre si hay síntomas específicos y diferenciales en la depresión del anciano. En general, podemos decir que los síntomas son superponibles a los del adulto joven, con la salvedad hecha a la mayor frecuencia de aparición de síntomas somáticos que pueden obedecer a una expresión sintomática particular o al aumento de la intensidad o el sentimiento subjetivo de molestias reales subyacentes.

Los síntomas hipocondríacos aparecen en, aproximadamente, el 65 % de los ancianos con depresión ⁽²¹⁾ y tienen relevancia ya que se han descrito como factor de riesgo para el suicidio ⁽²²⁾.

Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica. Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida ⁽²³⁾.

Síntomas frecuentemente descritos son : presencia de síntomas psicomotores (agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas, anorexia, pérdida de peso y alteraciones de la funcionalidad, lo que redundará en tasas más elevadas de ingresos hospitalarios y en residencias de ancianos, morbilidad de trastornos médicos e incluso mortalidad.

También se ha considerado que los ancianos, como se indica más arriba, pueden tener mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos (clásicamente asociados a la depresión endógena o melancólica), como : pérdida de placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia significativa, pérdida de peso marcada, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados.

En la tabla V se presentan los síntomas más frecuentemente asociados a la depresión senil.

Dentro de los síntomas de la esfera psicótica un caso particular es el síndrome de Cotard, caracterizado por la aparición de delirios de negación de existencia (o nihilistas) respecto del propio cuerpo, partes del mismo o la propia existencia. Se asocia con mayor ansiedad, propensión al suicidio y/o mutilaciones voluntarias, ideas hipocondríacas de no existencia o destrucción y sentimientos de culpa.

DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y ALTERACIONES COGNITIVAS.

Una mención especial, dentro del análisis de la depresión en el anciano, merece la aparición de síntomas cognitivos en el curso de la misma.

Un alto porcentaje de pacientes deprimidos revelan alteraciones cognitivas (disminución de memoria, alteraciones de la concentración, disminución de atención) aunque su rendimiento puede ser, en apariencia normal. Esto hace que la depresión se presente en ancianos, a veces, como síntomas difícilmente distinguibles de la demencia. De otro lado, las demencias, tanto de inicio como avanzadas, pueden cursar de forma que los síntomas de predominio sean típicamente depresivos. Para complicar más las cosas, no hemos de olvidar que la mayoría de los ancianos pueden desarrollar cierto grado de deterioro intelectual sin necesidad de padecer demencia o depresión ⁽¹⁾.

Las alteraciones cognitivas descritas en ancianos deprimidos han sido trastornos de la atención, la concentración, del aprendizaje y, sobre todo, de la memoria. En general, se acepta que las alteraciones cognitivas en ancianos deprimidos remite, de forma significativa, tras tratamiento con antidepresivos. No obstante la aparición de alteraciones cognitivas se asocia a mal pronóstico por recurrencia de la depresión.

Aunque la remisión de síntomas cognitivos es significativa no en todos los casos es completa. Ello ha llevado a suponer que en pacientes de edad avanzada pueden coexistir factores orgánicos que interfieran en la capacidad de recuperación. Estos factores orgánicos estarían en relación, entre otras causas, con lesiones vasculares que interfieran la capacidad de recuperación. Estaríamos ante uno de los casos encuadrables en la "depresión vascular" antes referida.

A veces como se ha comentado, en el curso de la depresión, los síntomas cognitivos son muy prominentes y nos plantean problemas de diagnóstico diferencial con la depresión. En estos casos se ha hablado clásicamente de pseudodemencia depresiva (término actualmente en desuso). Datos como la rápida evolución de los síntomas (rápida instauración del cuadro), aparición de disminución del nivel de interés por las cosas antes de que hayan aparecido alteraciones de la cognición, la conciencia y elaboración de quejas sobre los problemas mnésicos frente a la anosognosia propia del demente, antecedentes personales de depresión, preocupación del paciente por su estado, frecuentes respuestas del tipo "no lo sé" y, en general, buena respuesta a antidepresivos nos orientan a diferenciar la pseudodemencia de origen depresivo de la demencia verdadera.

4. LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO Y EL SUICIDIO.

En la edad avanzada el número de suicidios es desproporcionadamente alto con respecto a otras edades, si bien, desde el punto de vista epidemiológico, es patente que hay dificultades metodológicas para detectar correctamente el número de suicidios y de intentos de suicidio y muchos autores llaman la atención sobre este hecho y consideran que existe una subnotificación de estas situaciones ⁽²⁴⁾.

Aunque la vejez y la muerte son fenómenos cercanos en el tiempo la decisión de una persona de terminar libremente con su vida precisa de la influencia de factores psicopatológicos o de una situación desfavorable de tipo somático, familiar o social.

La idea de autolisis es un síntoma presente en los cuadros depresivos y su exploración y el estado de alerta ante su sospecha, por parte del profesional, son vitales. En ancianos en los que depresión evoluciona desfavorablemente, con síntomas importantes, de alta intensidad y en los que, además, hay enfermedad física subyacente el potencial suicida es muy alto.

La conducta suicida es más frecuente en el anciano deprimido que en deprimidos de menor edad, también los intentos acaban en muerte con mayor frecuencia (1:4 en ancianos frente a 1:20 en deprimidos menores de 40 años).

En muchos países desarrollados (incluido España) la tasa de suicidios consumados ha aumentado de forma significativa en los últimos cincuenta años. En España la tasa oficial de suicidios consignados por el Instituto Nacional de Estadística sobrepasa el 6/100.000 ⁽²⁵⁾ si bien, como se ha comentado, puede que las cifras reales sean mayores. Varios estudios de investigación aportan tasas de suicidio entre 10 y 15 consumados/100.000 habitantes/año con una importante participación de suicidio geriátrico ⁽²⁶⁾. Según las cifras que obra en poder del Instituto Nacional de Estadística la proporción de suicidas por encima de 65 años se eleva al 39%.

Los métodos de suicidio elegidos por los ancianos españoles incluyen la suspensión, la precipitación y la inmersión. La sobreingesta de sustancias es menos frecuentes en ancianos españoles que en otros países.

Entre los factores de riesgo para el suicidio se incluyen : antecedentes de tentativas previas, enfermedades físicas (sobre todo las que cursan con dolor), y, fundamentalmente, la presencia de un trastorno depresivo (presente en el 70-80 % de los ancianos que cometen intentos de suicidio). El sexo es un factor de riesgo importante, así, la tasa de suicidios en varones es mayor que en mujeres (2 a 4 veces según los países). Otros factores de riesgo son la situación de soledad (solteros, viudos, separados) y los factores sociales o sociofamiliares, por ejemplo abandonar el hogar familiar.

Existen evidencia de modificaciones neurobiológicas en personas que atentan contra su vida; se detectan en estas personas alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica. Se observa descenso en los niveles de ácido 5 H-indolacético y ácido homoválrico en líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas deprimidos adultos ^(27,28) y ancianos ⁽²⁹⁾. Igualmente, hay reducciones de binding sites para 5 HT-2 en el cortex frontal de pacientes suicidas ⁽³⁰⁾, lo que sumado a la comprobada reducción de estos lugares en la edad senil ⁽³¹⁾, avanza una hipótesis que explicaría, al menos, la elevada prevalencia de estos actos en este segmento de edad.

El riesgo de muerte por suicidio en enfermos mayores se sitúa entre el 15 y 20 % y se ha descrito una mayor frecuencia en el año que sigue al comienzo del cuadro depresivo.

Los estadios de inicio de la demencia son un factor de riesgo que disminuye al progresar la enfermedad. El delirium, con su nivel fluctuante de conciencia y la presencia de sintomatología psicótica también ha sido asociado al riesgo de suicidio.

Aunque, de forma general, el suicidio en edades avanzadas es un acto impulsivo y difícil de predecir y aunque los familiares del anciano suelen comentar que éste no se ha mostrado de una forma distinta el día que comete una tentativa autolítica hemos de considerar la existencia de ciertos signos externos que pueden servirnos como alarma.

Entre ellos, citar la mayor frecuencia de visitas al médico, cambios en testamento, modificaciones en disposiciones económicas, aumento de inquietud, cambios en la actitud religiosa. Hasta un 40 % de los ancianos que intentan suicidarse acuden al médico con una semana de anterioridad ^(32,33) esto da una idea de la importancia de explorar el riesgo suicida en nuestros pacientes, interrogando sobre la presencia de ideas autolíticas, intencionalidad, planificación de actos o síntomas e incluso siendo perspicaces para valorar quejas somáticas atípicas o inhabituales.

Desde el punto de vista del manejo y la prevención ante posibles actitudes autolíticas han de adoptarse una serie de medidas generales, como informar a la familia cercana y al personal sanitario relacionado directamente con el paciente, retirar aquellos medios potencialmente accesibles y más letales, como arma de fuego o medicamentos (se ha comprobado que el acceso fácil a éstos incrementa notablemente el riesgo, especialmente en población de edad). Ha de valorarse, en cada caso, la necesidad o no de ingresar al paciente. A continuación y de forma específica se aborda farmacológicamente, el caso de ancianos deprimidos, el problema. En este tipo de pacientes los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) aportan un perfil muy favorable, tanto por su actividad antidepresiva demostrada en pacientes geriátricos como por su acción específica en la reducción de la ideación suicida y por su seguridad en el caso de sobredosis.

5 . CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS.

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental. Habrán de revisarse de forma exhaustiva el consumo de fármacos y alcohol. En caso de pacientes con dificultades en la comunicación o demencia será de mucha utilidad la interacción con familiares o cuidadores y la valoración de los síntomas comunicados por éstos o el cambio de los síntomas en el tiempo (por ejemplo un paciente demenciado que deja de comer).

Las pruebas de laboratorio tienen un papel auxiliar en la evaluación del anciano con depresión, sin embargo se debe evaluar la función tiroidea en todos los casos nuevos, ya que no es raro encontrar que en el curso de una depresión estén discretamente descendidos los niveles de tiroxina y algo elevados los de hormona tirotrópica.

Como se ha indicado es importante destacar, de cara al diagnóstico, la presentación de la depresión en el anciano en forma de múltiples quejas somáticas.

Se suele recurrir al empleo de test de detección de la depresión como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir a la evaluación e interacción con el paciente y familiares.

Se expondrán algunas consideraciones sobre los tests y escalas más usados y que resulta de fácil aplicabilidad en cualquier medio (atención primaria, residencias, consultas, etc).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

Es de la más usadas en el cribado de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta si/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15 ítems. En la versión reducida puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión. Puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de proceso depresivo establecido.

ESCALA DE GOLDBERG

Valora tanto síntomas depresivos como ansiosos. Se interroga al paciente sobre la presencia o ausencia, en las dos semanas previas, de 4 síntomas en la subescala de ansiedad y otros 4 en la de depresión. En caso de obtener una o más respuestas afirmativas en la subescala de depresión estamos obligados a completar otro cuestionario con 5 preguntas más. En esta subescala el punto de corte se fija en 2, de forma que cifras superiores son indicativas de depresión y la intensidad será tanto más alta cuanto mayor sea la puntuación obtenida.

ESCALA DE HAMILTON.

Es una escala de valoración afectiva subjetiva que consta de 21 ítems que valoran el estado anímico, existencia de sentimientos de culpabilidad, ideación suicida, alteraciones del ritmo de sueño, influencia del estado anímico en el trabajo y actividades habituales, cambios en el comportamiento, posible aparición de síntomas de afectación psicósomática y neuróticos. Cada respuesta positiva de los ítems explorados se valora con un punto. Entre 8 y 14 punto se nos orienta hacia depresiones menores, distimias, etc.. Puntuaciones superiores a 14 son sugestivas de depresiones de moderadas a severas. Este test, de aplicación en atención primaria, más que como cribado de depresión en ancianos podría usarse como segunda prueba (por ejemplo tras un test de Yesavage que sugiera depresión) para valorar la intensidad del trastorno depresivo, así como, la evolución de los síntomas en relación con el tratamiento.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Puede emplearse también como cribado. Hay una versión validada en español con 20 preguntas autoaplicadas cada una de las cuales tiene 4 posibles respuestas cada una de ellas con un valor determinado de 1 a 4.

Las puntuaciones más altas se correlacionan con síntomas depresivos más intensos y presentes. Se considera una puntuación normal hasta 27 puntos. Entre 28 y 41 se considera indicativo de depresión leve, valores de 42 a 53 sugieren depresión moderada y por encima de 43 depresión grave.

Se tendrá en consideración que en pacientes con trastornos cognitivos, incluso leves, estos test psicométricos afectivos pueden dar resultados anormales. También ocurre al contrario, test de valoración cognitiva aplicados a sujetos con cognición normal y estado depresivo pueden verse alterados.

6 . TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.

En líneas generales , el abordaje terapéutico de la depresión del anciano no difiere de la del adulto joven. Por tanto, en el arsenal terapéutico habremos de disponer de técnicas de psicoterapia, psicosociales, fármacos antidepresivos y, en última, instancia también ha demostrado efectividad la terapia electroconvulsiva.

La clave para tratar la depresión en el anciano consiste en la identificación e intervención precoces.

La psicoterapia suele mostrarse muy útil en depresiones leves con poco tiempo de evolución y cuando no hay síntomas melancólicos significativos ⁽¹⁶⁾. Cuando se combina con antidepresivos puede mejorar a pacientes con depresión grave. La terapia conductual y cognitiva se consideran más efectivas que las de orientación no directiva o analítica y ayudan a reintegrar al paciente a su ambiente social y prevenir recaídas ⁽³⁴⁾

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La mayoría de los antidepresivos han demostrado su efectividad en la población anciana. El antidepresivo ideal para usar en ancianos debiera no ser cardiotoxico, carecer de efectos ortoestáticos, tener un bajo poder sedativo, no interferir en la memoria y no provocar alteraciones funcionales ⁽³⁵⁾.

La elección de un fármaco dependerá, en primer lugar, de su nivel de efectos adversos, perfil de tolerancia y posibles interacciones con otros fármacos que el paciente esté tomando.

Como normas generales en el tratamiento del anciano deprimido y en base a las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas que induce el envejecimiento, la dosificación se hará en cantidades más bajas que en adultos. Se recomienda la mitad de la dosis media de un adulto. El plazo para obtener respuesta terapéutica está alargado en personas mayores, generalmente 3 a 6 semanas, y una vez que se obtiene respuesta el tratamiento de mantenimiento debe ser más prolongado y habitualmente no inferior a un año. En caso de depresiones crónicas y recurrentes la indicación de tratamiento farmacológico puede ser de por vida.

A la vista de lo anterior y, de forma general, fármacos de probada eficacia como los antidepresivos tricíclicos no parecen tener el perfil ideal para el tratamiento de los ancianos dados sus efectos anticolinérgicos, posibles efectos sobre el ortoestatismo y afectar a la conducción cardíaca si hay bloqueos, tan frecuentes en los ancianos. Por sus efectos anticolinérgicos está contraindicados en pacientes con déficit cognitivo. Aunque insistimos en su eficacia y si la tolerancia es buena y se usan juiciosamente pueden ser una alternativa útil ⁽³⁶⁾ fundamentalmente lofepramina y nortriptilina.

El tratamiento farmacológico actual se basa en el empleo de fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o ISRS (citalopram, fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina), antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos o NaSSA (mirtazapina), inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (reboxetina), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina o IRSN (venlafaxina).

La eficacia media de estos fármacos se sitúa en el 50-60 % y no se ha encontrado en este sentido, una clara diferencia entre ellos. Si bien el perfil más o menos activador, ansiolítico o inhibidor, etc. de cada uno lo hará más útil e indicado en un tipo de paciente u otro.

El perfil de secundarismos de estos fármacos es más bajo, benigno y menor duración que el de los antidepresivos tricíclicos. Aún así, presentan efectos adversos tan importantes en sujetos de edad avanzada como : inquietud, anorexia, sintomatología extrapiramidal (por lo que no se recomienda su uso en enfermos parkinsonianos ante la eventualidad de aumentar las manifestaciones clínicas de su enfermedad).

Otro hecho a tener en cuenta son las distintas capacidades de inhibición de enzimas del citocromo P450 que pueden presentar estos fármacos, lo que supone una compleja posibilidad de interactuar con otros medicamentos de uso común en el anciano (digital, antiarrítmicos, teofilina, etc). Las moléculas que que menos interacciones clínicamente significativas producen son : citalopram, sertralina, venlafaxina, mirtazapina y reboxetina.

En la tabla VI se recogen algunas consideraciones relativas a los grupos farmacológicos de antidepresivos, las dosis medias y algunos comentarios sobre sus especificidades o características.

Cuando la depresión se acompaña de síntomas psicóticos, asociados o no a demencia, irá bien añadir un neuroléptico. En este sentido es preferible usar alguno de los denominados "atípicos". Entre ellos risperidona ha mostrado ser eficaz, significativamente, ante este tipo de síntomas ⁽³⁷⁾.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La terapia electroconvulsiva es una forma de tratamiento eficaz, muy eficaz, en determinadas formas de depresión mayor y trastornos psicóticos. Con los métodos actuales, uso bajo anestesia y aplicación de fármacos que actúan sobre la placa neuromuscular se ha convertido en un método seguro, lo que permite su uso sobre ciertos pacientes ancianos ⁽³⁸⁾.

Las indicaciones actuales en trastornos afectivos son : fracaso o intolerancia a medicación antidepresiva, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas con edad avanzada y necesidad crítica de alcanzar mejoría y pacientes que han mejorado anteriormente con terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva induce mejoría en, aproximadamente, el 80% de los pacientes que no responden a antidepresivos ^(38,39,40).

Los principales problemas del uso de esta terapia se asocian a la posibilidad de inducir alteraciones cardíacas y a la aparición de amnesia aguda que suele mejorar y, a veces, solo deja leves pérdidas.

7. CURSO Y PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

En la mayoría de los estudios de seguimiento de la depresión en ancianos podemos observar como ésta sigue "la regla de los tercios". Un tercio de los pacientes mejoran y siguen mejor. Un tercio mejoran pero recaen y un tercio no mejoran o lo hacen marginalmente. Estas cifras coinciden con lo recogido en los trabajos de Cole ⁽¹⁸⁾.

La depresión en el anciano se encuentra asociada a aumento de la mortalidad y se consideran factores ensombrecedores del pronóstico : coexistencia con enfermedades orgánicas, trastornos distímicos subyacentes, acontecimientos vitales desencadenantes de carácter grave y presencia de deterioro cognitivo. Los factores psicosociales no se han podido asociar claramente a un pronóstico por la disparidad de resultados y el pequeño tamaño muestral de la mayoría de los estudios.

Un mejor pronóstico de la depresión se asocia a aparición de la enfermedad antes de los 70 años, corta duración del episodio, buen ajuste premórbido, ausencia de enfermedad física incapacitante y buena recuperación tras episodios previos ⁽¹⁷⁾.

TABLA I

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA COMUNIDAD.

AÑO	EDAD	Nº pacientes	Lugar	Instrumento	Resultados
1985	>70	247	Tasman	GMS	12 %
1985	>65	417	Galicia	GH/Beck	17.2 %
1987	>65	1500	Oxford	HAMD/MTS VA	12.5 %
1988	>65	1070	Liverpool	GMS /	11.3 %
1991	>65	202	Verona	GMS/AGECAT	20.3 %
1993	>65	1080	Zaragoza	GMS/AGECAT	14.8 – 6.2 % (H/M)
1994	>65	654	Londres	GMS/AGECAT	17.3 %
1994	>75	443	Estocolmo	Entrevista	7.7 %
1995	>65	418	Tenerife	CMQ-LE/CIS	8.33 %
1996	>65	4051	Amsterdam	GMS / AGECAT	10.5 %

1996	>65	4051	Amsterdam	GMS / AGE CAT	10.5 %
------	-----	------	-----------	---------------	--------

TABLA II

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS.

Año	Nº pacientes	Lugar	Instrumento	Resultados
1988	390	NY/Londres	BAS	34 %
1989	454	Baltimore	Entrevista Psiquiátrica	10 %
1989	100	Sidney	GDS, BAS	>GDS 14=50% BAS = 20%
1990	362	Londres	BAS	50%
1991	165	Melbourne	Entrevista Psiquiátrica	13.3%
1992	100	Madrid	SCID	8% dtm 14% depresión
1995	199	Zamora	GDS-Zung	47.3%
1995	56	Valladolid	Zung/GDS	20.2%

TABLA III**FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS QUE PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN EN ANCIANOS.**

FACTORES PSICOLÓGICOS	Hipocondriasis, predominio de síntomas somáticos, ansiedad, sentimientos de culpa o autoreproches, ideación suicida, alteraciones del sueño, agitación.
FACTORES NEUROLÓGICOS	Enf. de Alzheimer, ELA, enf. de Huntington, enf. de Parkinson, esclerosis múltiple, enf. vascular (síndrome depresivo postictus, demencia vascular en especial por infartos en núcleos de la base, infarto cerebral silente, enf. de Binswanger).
FACTORES ENDOCRINOS	Hipotiroidismo, hipertiroidismo apático, hiperparatiroidismo, enf. de Cushing, enf. de Addison, hipopituitarismo.
INFECCIONES	Influenza, TBC, neurosífilis, hepatitis, HIV, herpes zoster.
INFLAMATORIAS	Lupus, arteritis de la temporal, artritis.
NUTRICIONALES	Desnutrición, hipo e hiperpotasemia, hipo e hipernatremia, hipo e hipercalcemia, déficit de vit. B12, folatos y tiamina.
NEOPLÁSICOS	Ca. de mama, riñón, pulmón, ovario, páncreas, leucemia, linfoma.
CARDIOVASC.	Postinfarto de miocardio, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca.
FÁRMACOS	Anti-HTA, BZD, neurolépticos, cimetidina, clonidina, disulfiram, indometacina, L-dopa, barbitúricos, metildopa, propranolol, vinblastina, corticoides, digital, estrógenos, progesterona, tamoxifeno.

TABLA IV

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DEPRESIÓN MAYOR

El humor deprimido o la pérdida de interés o placer de 2 semanas de duración acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas:

- Alteración del apetito o pérdida de peso
- Insomnio o hipersomnia
- Inquietud o retraso psicomotor
- Pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpabilidad
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Fuente: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association;1994:327.

TABLA V

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

ELEMENTO	SÍNTOMAS
ESTADO DE ÁNIMO	Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad (puede ser sustituido por quejas somáticas), accesos de llanto (aunque el paciente puede quejarse de incapacidad para llorar o para experimentar emociones).
MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS	Falta de confianza en sí mismo; baja autoestima; Remordimiento. Mala concentración y mala memoria. Reducción en la gratificación; pérdida de interés en las actividades usuales; pérdida de apegos; retracción social. Expectativas negativas; desesperanza; indefensión; mayor dependencia. Pensamientos recurrentes de muerte. Pensamientos de suicidio (infrecuentes pero graves).
MANIFESTACIONES SOMÁTICAS	Retardo psicomotor y fatiga. Agitación. Anorexia y pérdida de peso. Insomnio.
MANIFESTACIONES PSICÓTICAS	Ideas delirantes de falta de valía y pecado. Ideas delirantes de mala salud (nihilistas, somáticas, o hipocondríacas) Ideas delirantes de pobreza. Alucinaciones depresivas auditivas, visuales y, con poca frecuencia, olfativas.

Fuente : Manual Merck de Geriátría, 2ª Ed. 2001. Edit. Harcourt.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión en ancianos en Curso de Formación Continuada en Geriátría 2001; 3 : 4-12.
2. Serrano Santos P y cols. Depresión. Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2001; I :10-11.
3. Lázaro M. Indicadores sanitarios. En Geriátría XXI, análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España. Sociedad Española de Geriátría 2000; 3: 97-98.
4. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scales : a preliminar report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49.
5. Radloff LS. The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measure 1992; 7:343-51.
6. Koenig HG, Blumenthal J, Moore K. New version of brief depression scale (letter). J Am Geriatr Soc 1995; 43:1447.
7. Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15 month mortality in a community sample of older adults. Am J Public Health 1989; 79:727-30.
8. Harper RG, Kotik-Harper D, Kirby H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population : over or underassessment?. J Ner Met Dis 1990; 178:113-9.
9. Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and underreporting of depressive symptoms. J Am Geriatr Soc 1995; 43:216-21.
10. Katona CLE. Depression in Old Age. Chichester : John Wiley & Sons, 1995.
11. Monforte JA, Fernández C, Díez J. LA depresión en el anciano que vive en residencias. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33:13-20.
12. Rojano P, Calcedo A, Losantos R, et al. Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una residencia geriátrica. An Psiquiatr 1992; 8(6):199-204.
13. Rojano P, Calcedo A, Losantos R, et al. Trastornos depresivos en una residencia geriátrica. An Psiquiatr 1992; 8(5):176-181.
14. Ames D. Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. Int J Geriatr Psychiat 1991; 6:347-54
15. Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medical ill Hospitalized Older Adults : Prevalence, Characteristics, and Course of Symptoms According to Six Diagnostics Schemes. Am J Psychiatr 1997; 154(10):1376-83.
16. Blazer DG. Trastornos Psiquiátricos. Depresión en Manual Merck de Geriátría 2001;33:310-319.
17. Agüera L, Hernán I. Psiquiatría Geriátrica en Tratado de Psiquiatría 1999; 52:907-14
18. Cole MG. The pronognosis of depression in the elderl.y. Can Med Assoc J 1990; 143:633-640.
19. Kivela SL, Pahkala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. Int J Geriatr Psychiat 1989; 4:79-85

20. Umtzer J. Poster presented at the Annual Meeting of the American Society for Geriatric Psychiatry Tucson 1996. Abstract.
21. Alexopoulos GS. Depresión y otros trastornos del estado de ánimo en Geriatric Review Syllabus 2001, 4^a ed.; 3:133-139.
22. De Alarcón RD. Hypochondriasis and depression in the aged. *Gerontology Clinic* 1964; 6:266-277.
23. Agüera L. ¿Cuál es la relación entre el suicidio y la depresión en el anciano?. En : Calcedo Barba A, editor. *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid : Fundación Archivos de Neurobiología, 1996:179-202.
24. Defleur J. Psychothérapie dans la dépression. En : Simeone I, Abraham G. *Introduction a la Psychogériatrie*. Lyon : SIMEP; 1984:164-168.
25. I.N.E. Instituto Nacional de Estadística. *Estadística del Suicidio en España*. 1993. Madrid.
26. Intxausti Zugarramurdi A, Medina Fernández MA. El suicidio en el anciano. En : de la Gándara JJ. *Aproximación al suicidio. Monografías de Psiquiatría* 1995; año VII, nº 1:30-33.
27. López-Ibor J, Saiz Ruíz J, Pérez de los Cobos JC. Biological correlations of suicide and aggressivity in major depression (with melancholia) : 5 hydroxyindolacetic acid and cortisol in cerebral spinal fluid, Dexametasone Suppression. Test and therapeutic response to 5 hydroxytryptophan. *Neuropsychobiology* 1985; 14:67-74.
28. Asberg M, Nordstrom P, Traskman-Benz L. Cerebrospinal fluids studies in suicide : an overview. En : Mann JJ, Stanley M. *The Psychobiology of suicide behavior*. New York. New York Academy of Sciences; 1986
29. Jones JJ, Stanley B, Mann JJ. CSF-5-HIAA and HVA concentrations in elderly depressed patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 1990; 147:1225-27
30. Aurora RC, Meltzer HY. Serotonergic measures in the brain of suicide victims: 5HT₂ binding sites in the frontal cortex of suicide victims and control subjects. *Am J Psychiatry* 1989; 14:730-736.
31. Marcuson J, Morgan DG, Wimbled B. Serotonin 2 binding sites human frontal cortex and hippocampus. Selective loss of 5-HT_{2A} sites with age. *Brain Res* 1984; 311:51-56.
32. Vassilas CA, Morgan HG. General practitioner's contact with victims of suicide. *BMJ* 1993; 307:300-301
33. Vassilas CA, Morgan HG. Elderly suicides' contact with their general practitioners before death. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9(12):1008-1009
34. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51 suppl. 6:3-11
35. Mourilhe P, Stokes PE. Risks and Benefits of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Treatment of Depression. *Drug Safety* 1998; Jan 18:72-73
36. Montgomery SA. Efficacy in the long term treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(25suppl.):24-30
37. Katz JR, Dilip V, Jeste MD. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia : a randomized, double-blind trial. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:107-115.
38. Peral B, Civeira JM, Carrillo A, Borrego O, Silvestry L. Terapia electroconvulsiva en Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1988; 23:1(31-33).
39. Meyers B, Meital V. Empirical study on an inpatient psychogeriatric unit Biological treatments in patients with depressive illness. *Int Psych Med* 1986; 15,2:111-124.
40. Karhinsky H, Schulman KI. The clinical use of electroconvulsive therapy in old age. *J Am Geriatr Soc* 1984; 32, 3:183-186.