

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS

*Mauro Alberto Egas Realpe **

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema médico de suma importancia a cualquier edad, tan es así que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la primera causa a nivel mundial de incapacidad seguida por la anemia ferropénica. En las personas de edad avanzada, la incidencia aumenta a mayor compromiso de la salud física. Los altos niveles de mortalidad en ancianos deprimidos se pueden explicar, en parte, por los cambios hormonales, especialmente, el aumento del cortisol que afecta al sistema inmune; además, porque el paciente deprimido no sigue las indicaciones médicas para su frecuente patología intercurrente y por la alta frecuencia de suicidios consumados(1). Alrededor de 70% a 80% de estos pacientes no recibe un diagnóstico ni tratamiento correcto. El presente artículo de revisión hace énfasis en las dificultades de diagnóstico y tratamiento, retos que enfrenta con mucha frecuencia el médico de atención primaria.

PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

Son varios los factores que hacen que en las personas de edad avanzada, el diagnóstico de trastorno depresivo sea complicado.

En primer lugar la confusión de términos, pues es frecuente escuchar que tal persona está deprimida cuando en realidad únicamente presenta humor o afecto depresivo; así como el mismo calificativo se da a quien en realidad padece un trastorno depresivo clínicamente importante, observándose en los dos casos falta de profundidad diagnóstica que aclare las dudas y permite tomar una conducta adecuada. En segundo lugar, la tendencia frecuente a somatizar que presenta el anciano asociada a serias dificultades para expresar o verbalizar sus emociones; en otras palabras, les cuesta trabajo reconocer que tienen un trastorno mental (en especial a los hombres).

Una tercera dificultad diagnóstica se presenta cuando el trastorno depresivo se ha instaurado desde hace varios años atrás llevando a un proceso de adaptación o resignación tanto al paciente como a su familia, asumiendo que estas quejas son normales en el envejecimiento. La última y no menos importante dificultad diagnóstica se da cuando hay coexistencia de patologías (vg. diabetes, infarto, cáncer) que pueden desencadenar diferentes reacciones físico-emocionales que son secundarias a éstas patologías o a un franco cuadro depresivo. (2,3,4)

* Médico Psiquiatra, Docente Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión es un problema muy frecuente en ancianos. La prevalencia en la población general es del 5% a 10%. En pacientes hospitalizados la cifra sube a 10% - 15% y en "ancianatos", alrededor de 20% (2).

¿Cuál es la razón para estas cifras tan altas?... Se plantean múltiples explicaciones tanto biológicas como psicosociales; con respecto a estas últimas estarían:

Las pérdidas o duelos frecuentes a los que se enfrenta el anciano especialmente por la muerte de sus seres queridos o amigos; la jubilación, el cambio de rol dentro de la dinámica familiar, la pérdida cada vez mayor de algunas capacidades físicas y en algunos casos mentales, la disminución en su autonomía o pérdida total de ella y la del "status" económico-social. Desde el punto de vista biológico, se sabe que la depresión que inicia antes de los 50 años tiene una tendencia heredofamiliar y en mayores de 60 años se asocia a enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas; a más edad mayor riesgo de padecer este trastorno. (2,4,5) Es importante anotar la frecuente asociación entre la depresión y patologías propias del envejecimiento: 50% con Parkinson, 20% con infarto de miocardio, 30% con demencia y alrededor del 60% con accidentes cerebrovasculares (ACV), especialmente si son izquierdos. (3,4,9,10)

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

Es bien conocido que la depresión en los extremos de la vida se presenta de forma un tanto atípica; en los mayores de 65 años es característico que en lugar de la tristeza aparezca la irritabilidad ("mal genio", "todo le molesta"), ansiedad ("fatiga", "nerviosismo") o apatía marcada. Es muy frecuente la somatización que se manifiesta a través de múltiples quejas hipocondríacas que "enmascaran" la depresión y que se convierten en causa frecuente de consulta al médico no-psiquiatra; dentro de estas quejas sobresalen la cefalea, disturbios gastrointestinales, debilidad, mareo, dolores osteomusculares y en general síntomas inespecíficos que no responden a otros tratamientos (1,2). Otros síntomas cardinales son pérdida de interés, aislamiento, fatiga o pérdida de apetito y peso, retardo o agitación psicomotora ("en ninguna parte se queda quieto ni se siente tranquilo"), pensamientos de muerte, ideas suicidas, sentimientos de culpa y anhedonia (incapacidad para disfrutar o sentir placer). Especial mención requiere el insomnio que es prácticamente infaltable en un cuadro depresivo y que en muchas oportunidades es la queja principal o motivo de consulta,

llevando al paciente a pedir una "droga para dormir", siendo frecuente e infortunado que el médico formule un hipnótico, sin antes descartar un proceso depresivo. (1,5,6,10)

Otra forma de presentación atípica de la depresión es la PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA donde el motivo de consulta es el compromiso de la memoria. En estos casos la diferencia con la demencia es que en la depresión los síntomas cognitivos son de aparición aguda (1 o 2 meses), la crítica que el paciente hace de sus quejas es notoria y el hecho que las demás funciones mentales superiores no están comprometidas (capacidad de pensamiento lógico, praxias, etc.).

Si el paciente totaliza 5 o más de los síntomas arriba descritos debe recibir tratamiento y diagnosticarle Trastorno Depresivo Mayor, si la duración es mayor de 2 semanas.

Con lo anteriormente expuesto y de acuerdo al concepto de expertos a nivel mundial, es recomendable que ante la duda diagnóstica se instaure una prueba terapéutica, pues el riesgo Vs. beneficio está a favor de éste último, pues los fármacos modernos tienen excelente tolerancia con mínimas contraindicaciones. (1,6,8)

Si el paciente presenta dentro de su cuadro clínico síntomas psicóticos como delirios o alucinaciones se hará el diagnóstico de psicosis depresiva y tanto en este caso o si el paciente ha realizado un intento suicida, sin tardanza, debe remitirse, preferiblemente sedado, para hospitalización.

Con el propósito de establecer un punto de corte y como ayuda diagnóstica puede ser útil que el médico de atención primaria se familiarice con una escala estandarizada para el diagnóstico de depresión (Zung, Yesavage, Hamilton).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con algunas patologías médicas que en forma secundaria cursan con depresión como hiper o hipotiroidismo, síndrome de Cushing, carcinomatosis, ACV, entre los más frecuentes, razón por la cual es recomendable que al paciente mayor de 60 años que debute con un cuadro depresivo, se le realice al menos una escanografía cerebral y se soliciten pruebas tiroideas. (1,2,4,9)

Es importante saber qué medicamentos recibe el paciente, pues algunos se asocian a depresión: metildopa, prazosin, propranolol, esteroides, clonidina, digital, benzodiazepinas, carbamazepina, levodopa, ampicilina y muchos antineoplásicos (2)

TRATAMIENTO

La psicoterapia, la terapia familiar, farmacoterapia y la terapia electroconvulsiva (T.E.C.) son útiles en el manejo de la depresión. La psicoterapia debe ser de apoyo o cognitiva. La terapia familiar se debe enfocar en al Psicoeducación y resolución de conflictos.

FARMACOTERAPIA

Es importante mencionar que el fármaco a prescribir se debe dar en medio de una alianza terapéutica que conlleve una actitud empática, estar dispuesto a escuchar, explicar al paciente su trastorno para así justificar el uso del medicamento, destacando la importancia de la CONSTANCIA en el tratamiento para que este llegue a feliz término (3). Fundamental resulta desmitificar el concepto que frecuentemente tiene el paciente respecto a los fármacos psicotrópicos y su posibilidad de producir adicción, que para el caso de los antidepresivos es inexistente. Por otra parte, es importante insistir que la depresión es una enfermedad como cualquier otra, que no es sinónimo de debilidad mental y que "poniendo de su parte o ayudándose" sin el concurso del medicamento no se mejora.

En cuanto al medicamento es de resaltar que los tricíclicos (imipramina, amitriptilina, clomipramina) se deben evitar o usar con precaución por su frecuente tendencia a producir hipotensión y su asociación a bradiarritmias. Actualmente los fármacos de primera línea son los inhibidores de recaptación de serotonina (IRSS). (1,6,8)

La dosis a las que se deben usar, en general, son inferiores a las del adulto joven por razones del metabolismo y biodisponibilidad de los fármacos en el anciano. Se debe iniciar con dosis bajas para ir aumentándola progresivamente. El tratamiento se prolongará al menos por 6 meses, pero si es un paciente que presenta recaída de su cuadro, es preferible no suspender el medicamento por la alta posibilidad de recaída (70-80%). (1,3,7)

En muchos casos es aconsejable utilizar, al menos en las primeras semanas, una benzodiazepina a dosis bajas como coadyuvante en el manejo de la ansiedad y el insomnio; se recomienda el lorazepam (Ativan) a 1 o 2 mg. o el alprazolam (Xanax) 0.25-0.50 mg.

Por su ausencia de efectos a nivel cardiaco y su excelente tolerancia cuando el paciente recibe múltiples medicamentos o tiene problemas renales es preferible elegir los IRSS de menor vida media y menor perfil de interacciones farmacológicas como sertralina y fluvoxanina.

Mención aparte requieren la trazodona (Trittico), maprotilina (Ludiomil) que son bien tolerados y están especialmente indicados en pacientes con ansiedad como síntoma cardinal de su cuadro depresivo; además que muchos pacientes responden bien a su efecto hipnoinductor evitando el uso de fármacos adicionales (vg. benzodiazepinas).

En pacientes con depresiones "resistentes" se puede intentar usar venlafaxina o bupropión. En la tabla 1 se relacionan los fármacos más frecuentemente utilizados, dosis y algunos efectos colaterales en ancianos deprimidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Late-life depression: how to treat patients with comorbid chronic illness *Geriatrics*; Duluth; Mayo 1999; A Luddinton
2. Epidemiology and diagnosis on depressions in late life. *The journal of clinical psychiatry*; Memphis 1999; B Mulsant Mary
3. Sinopsis of psychiatry, Kaplan and Sadock. Eighth edition. William and Wilkins, 1998
4. Comprehensive textbook of psychiatry. Kaplan and Sadock Sixth edition. William and Wilkins; 1995
5. *Psiquiatria General*, Howard Goldman. Manual Moderno 1995
6. Selective serotonin re-uptake inhibitors. Second edition. J Feighner Wyley 1996
7. **Charles Reynolds et al** Wich elderly patients with remitted depression remain well. *The American Journal of Psychiatry*, vol 154; 1997.
8. Farmacología clínica de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. S. Preskorn. Professional communications. 1996
9. **Gary Small**. Recognition and treatment of depression in the elderly. *J of clinical Psychiatry*, Junio 1991
10. **Jonathan Stewart**. Diagnosis and treating depression in the elderly. *Geriatrics*, Enero 1991