

Depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos

BARCIA, D. y ALCÁNTARA, A. G.

Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario. Murcia.

El problema de la depresión en el anciano está aumentando en tanto en cuanto aumenta la población anciana y su longevidad en el marco de la sociedad occidental avanzada. Podríamos comentar que muchas personas, médicos incluidos, no reconocen de forma adecuada la presencia de síntomas psiquiátricos en los pacientes ancianos al considerar que se corresponden con una situación normal del envejecimiento; la tristeza se toma como estigma normal de la vejez con poca esperanza de tratamiento, cuando estamos obligados a discriminar lo de patológico que en ello se encuentra. Esta actitud conduce tan sólo a un menor reconocimiento y nos impide poner remedio, a pesar de que disponemos de recursos apropiados para su tratamiento.

Son pocos todavía, pero hay estudios y casos de gran longevidad sin que patología psiquiátrica o cognitiva esté presente (Halpain et al, 1997; Ritchie, 1997). Por otra parte, los igualmente escasos estudios longitudinales que existen no revelan un aumento de las tasas de depresión con el envejecimiento, aunque en estudios transversales se ha descrito la circunstancia contraria. Como muestra de estos trabajos, Meller et al (1996), en una población de pacientes de 85 años describen que no aumentan las tasas de depresión un año más tarde, y Heikkinen (1997) nos muestra cómo en un estudio prospectivo de cinco años las tasas de depresión no aumentan entre pacientes de 75-80 años de edad.

Se ha descrito que en ancianos sanos con un funcionamiento social normal, no existe un riesgo mayor de depresión (Roberts et al, 1997). Estos datos nos hacen poner en duda el concepto de lo patológico como norma en la tercera edad, reclamando para nuestros ancianos, y nosotros mismos, una buena vejez, la eugeria. Ahí tenemos al bíblico Matusalén que vivió 969 años.

El concepto de que la edad anciana comienza en los 65 años es arbitrario. Parte de la decisión de Bismarck, a la sazón canciller alemán, de que era la edad adecuada para que se pudiera empezar a cobrar las pensiones. Su utilización para diferenciar las melancolías involutivas no tiene más valor que el meramente descriptivo. En la actualidad, y sobre todo en la bibliografía anglosajona, se viene hablando de una cuarta edad: los «Old-old», o cuarta edad, mayores de 75-80 años, un término propuesto entre nosotros por Barcia Goyanes (1998). La idea está en

afirmar la existencia dentro de la vejez de dos periodos de tiempo, por lo menos. Burges et al (1948) habían establecido una cronología en función de los problemas especiales de cada edad, en el marco de la vejez. Distinguen lo que llaman primera madurez, entre los 60-75 años, en que en general, el anciano es activo socialmente; la madurez tardía entre los 75-85 años, en que estadísticamente aparecen una serie de problemas específicos (viudedad, cambio de residencia, etc). Finalmente madurez tardía, a partir de los 85 años, caracterizada por limitaciones y enfermedades casi inevitables en los viejos con estos años de vida. Nosotros (Barcia et al, 1995) habíamos propuesto dividir la edad de la vejez en dos periodos fundamentales. La vejez propiamente, que se iniciaría a partir de los 75 años, y la edad que llamábamos decrecencia, en oposición a la adolescencia, anterior a los 75 años. La razón de esta distinción está en que mientras en la vejez auténtica el anciano está instalado en su edad, diríamos con Julián Marías (1997), la edad de la decrecencia es como la de la adolescencia, una edad de cambio, y por ello la calidad de vida y los problemas son en ella mayores que en los años posteriores en que se acepta y se asimila la vejez. Pero interesa destacar que a la hora de considerar las depresiones en el anciano no podemos entenderlas como algo que aparece por encima de los 65 años desgajado de su vida anterior. El examen patobiográfico, como en toda la psiquiatría, se nos hace necesario.

ASPECTOS ACERCA DE LA ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

En la actualidad la etiología de la depresión se viene entendiendo desde una visión amplia e integradora, abandonando la dicotomía endógeno/exógeno, que se corresponde a la visión cartesiana del hombre separado en cuerpo/alma. Se parte desde un modelo biopsicosocial, que es cuanto más aplicable a los pacientes ancianos, en los que la depresión se viene estudiando dentro del contexto de la interrelación de numerosos problemas psicológicos, sociales y físicos, que a menudo enturbian y dificultan el diagnóstico y tratamiento.

En realidad aunque es cierto que la aproximación biopsicosocial es más comprensiva y analiza e incluye as-

pectos variados pero necesarios para estudiar la vida del hombre, quisiéramos llamar la atención de que por encima de ella debería siempre realizarse una aproximación antropológica, es decir, estudiar al hombre, y en nuestro caso al hombre anciano, en cuanto a las peculiaridades específicas como ser humano. Tal como habíamos afirmado en otra ocasión (Barcia, 1997) la biología, la psicología y la sociología no son propiamente ciencias humanas, sino meramente ciencias que tienen al hombre como objeto. Lo que diferencia a las ciencias humanas o antropológicas de las ciencias del hombre no está en la complejidad de éste, ni siquiera en su trascendencia, sino en el peculiar estatuto epistemológico que requieren. Son ciencias humanas las que se dirigen al hombre en cuanto a que es un ser que vive, habla y produce, y, sin embargo, ni la biología, ni la economía, ni la filología deben ser consideradas como ciencias humanas, ni siquiera sus saberes como los saberes fundamentales. Como señala Foucault (1984), «el hombre no es para las ciencias humanas este ser vivo que tiene una forma particular (una fisiología muy especial y una anatomía casi única), sino que es ese ser vivo que, desde el interior de la vida a la cual pertenece por completo y por la cual está atravesado todo su ser, construye representaciones gracias a las cuales vive y a partir de las cuales posee esa extraña capacidad de poder referirse a la vida y lo mismo a la economía y el habla. Y este es el campo de la Antropología. Ésta no se refiere, por lo tanto, a lo que el hombre es por naturaleza, sino que se refiere a esa capacidad del hombre, esa positividad, que le permite saber de sí mismo, es decir, saber qué es la vida, en qué consiste la esencia del trabajo y de qué manera siente y puede hablar. Y es desde esa perspectiva como debe ser analizado el hombre anciano. Un ejercicio de este tipo lo hemos realizado nosotros (Barcia, 1990), pero especialmente Barcia Goyanes en una espléndida monografía titulada *La vejez como fenómeno humano*.

Debemos ser conscientes de que el anciano no solamente puede estar deprimido sino que se enfrenta al final de su vida y cobra conciencia de ello; las reacciones de base existencial no son, pues, extrañas. En cierto modo la sucesión de acontecimientos vitales y la importante problemática social a la que los ancianos se ven abocados hace considerar esta asociación entre anciano y depresión.

En los últimos tiempos se están extrayendo gran cantidad de datos de estudios aplicados a poblaciones extensas donde se buscan interrelaciones entre factores sociales, psicológicos, médicos y psiquiátricos. Se puede criticar a estos estudios el que por lo general sólo proporcionan el corte transversal y no se pueden extraer conclusiones evolutivas.

Uno de los pocos estudios con análisis multivariantes que han sido realizados evolutivamente corresponde a Oxman et al (1992), donde concluye que los principales factores para la presencia y mantenimiento de la depresión en pacientes ancianos son los antecedentes depresivos, la presencia de incapacidad funcional por enfermedad y su empeoramiento, alteraciones en la red social

(especialmente pérdida del esposo/a) y la falta de apoyo emocional en esta red.

En un estudio comunitario que implicaba a 1.022 ancianos (Bazargan et al, 1995) se muestra cómo la depresión es más frecuente y grave conforme están presentes mayores problemas económicos, mayor número de acontecimientos vitales estresantes, peor autopercepción, menor disponibilidad de recursos humanos e instrumentales en el ámbito social.

El papel del anciano ha cambiado en nuestra sociedad. Anteriormente suponía una referencia de sabiduría, transmitida de forma oral a menudo. En la sociedad consumista el anciano ha descendido en la escala en tanto en cuanto son sujetos de bajas posibilidades de consumo, siendo por contra a menudo generadores de gasto. Esto lleva a situaciones de abandono y aislamiento y a la depresión. Esta tendencia es más marcada en Europa en los países más septentrionales, donde las familias han sido núcleos menos cohesionados que en los países meridionales. Debemos recordar que la familia es el primer apoyo de los ancianos. La presencia de un adecuado soporte social parece proporcionar protección frente a la depresión en los ancianos de modo que a menor presencia de recursos sociales mayor posibilidad de la presencia de depresión en los ancianos (Holahan y Holahan, 1987). Las personas ancianas que son capaces de mantener su red de interacciones y apoyos sociales son las que experimentan una mayor sensación de control de sus vidas y capacidad de enfrentarse a acontecimientos vitales tales como la pérdida de personas queridas o la soledad. Estos acontecimientos vitales no es que cobren mayor importancia o sean más perjudiciales en el anciano; en realidad son más frecuentes por circunstancias biográficas y vitales, cobrando de ahí su principal relevancia. Este sentido de control de la propia vida se reviste de especial relevancia en la presencia de enfermedades médicas y una mayor prevalencia de depresión asociada.

Los aspectos sociológicos más señalados han sido (Murphy, 1985) la caída en la escala social al disminuir la autoestima, ya que se deja de representar el rol social que a menudo el trabajo aporta (jubilación), la pérdida de ingresos económicos en una sociedad consumista y el aislamiento social (en especial en instituciones) con a menudo uniformización y problemas en encontrar la propia identidad. En medios culturales occidentales se ha podido ver que en poblaciones comunitarias los dos principales factores sociales que actuaban como predictores de la presencia de depresión son el número de personas que componen la red de interacción social y la disponibilidad de recursos sociales (Antonucci et al, 1997).

Analizando la familia como parte de la red social que proporciona apoyo emocional se ha estudiado, en un ámbito cultural anglosajón (Dean et al, 1990), que los individuos más significativos son el esposo/a, los amigos íntimos y los nietos mayores, cobrando menor importancia otros miembros familiares. Esto es muy evidente en ancianos institucionalizados carentes de familia en los que se ha podido describir una relación entre depresión y menor número de amistades en el entorno de la residencia.

En la edad anciana se suelen acrecentar los rasgos de personalidad previos, pudiendo provocar situaciones desadaptativas y reacciones depresivas. Las personas con vivencias previas de falta de independencia y baja autoestima pueden ver agravadas estas circunstancias, las personas hipocondríacas ven aumentados sus temores ante los cambios físicos, cosa similar en personas narcisistas e histriónicas que han invertido importantes esfuerzos en cultivar su imagen. Las personas obsesivas pueden experimentar situaciones de pérdida de control inaceptables para su estructura de personalidad.

La importancia de la interacción entre factores que podríamos denominar existenciales y factores sociológicos está puesta de manifiesto en el estudio de Reker (1997) en el que se analizan poblaciones ancianas procedentes de la comunidad y de instituciones en donde el análisis multivariante correlaciona los recursos sociales, la salud física y la capacidad de elección con la depresión como factores predictores en ancianos de la comunidad y la autoconfianza personal, optimismo, recursos sociales y salud física como factores predictivos en ancianos institucionalizados. La institucionalización en residencias de ancianos se considera un factor de riesgo para el desarrollo de depresión a la vista de la comparación de la prevalencia en población general (entre un 7% y un 14%) y en la institucionalizada (alrededor del 30%) (Callahan et al, 1994). Esto se ha relacionado con una pérdida del control para gobernar la existencia y de la rutina y falta de estímulos.

La vivencia de la muerte como algo próximo e inevitable puede generar angustia vital y depresión en ancianos. En especial en aquellos que han vivido su corporalidad como invulnerable y alejada del sentido de ser algo «orgánico». En relación con esto está la presencia de una participación y creencias religiosas que ayudan a las personas que las tienen a un afrontamiento existencial de la vida y la muerte menos angustioso, al estar provistas de un sentido. Nosotros hemos estudiado la cuestión de la ansiedad y actitudes ante la muerte de las personas ancianas (Barcia et al, 1991; Nieto et al, 1992) por medio de la Escala para la ansiedad ante la muerte (DAS), y tomadas las puntuaciones en conjunto pudimos percibir que en los ancianos las puntuaciones eran más elevadas que las obtenidas por diferentes grupos más jóvenes, pero esto era especialmente cierto para los ancianos institucionalizados, mientras que las puntuaciones eran más bajas y muy próximas a las de los adultos en aquellos viejos que vivían integrados en la sociedad. Además los ancianos institucionalizados mostraron mecanismos de negación ante la muerte y estaban más preocupados por el dolor físico y problemas relacionados con su futuro. En relación con esto podemos referir los resultados de un análisis de la obra poética de geniales poetas que hicieron su producción a partir de los 75 años. En estos hombres excepcionales se apreciaba la preocupación de la proximidad de la muerte pero que aceptaban serenamente y no les impedía la realización de una vida creativa. Lo que todo esto quiere decir es que en la ancianidad, como en cualquier otra edad, pero más agudamente en

aquella, cualquier análisis debe hacerse de modo individualizado y en él hacer intervenir la totalidad de los factores biográficos para entender sus actitudes ante la enfermedad, en nuestro caso la depresión, y la muerte.

Respecto a la depresión se ha intentado jerarquizar los factores psicosociales en orden descendente de importancia para el padecimiento de este trastorno en el anciano (Kennedy et al, 1989). Estos serían: enfermedad médica, invalidez, soledad, duelo y pobreza. No debemos olvidar que el principal factor de riesgo para el padecimiento de la depresión es presentar antecedentes depresivos.

El sexo femenino continúa como factor de riesgo para el desarrollo de depresiones, aunque globalmente las diferencias disminuyen entre ambos sexos, éstas se mantienen en los cuadros más graves (Meller et al, 1997). A pesar de esto algunos estudios sugieren que la depresión en los varones ancianos es menos frecuente pero globalmente más graves, lo que se vería reflejado en la mayor letalidad de los intentos de suicidio.

No existen muchos estudios acerca de la importancia de la genética en el desarrollo de cuadros depresivos de inicio en la edad anciana; éstos parecen concluir que la importancia de la genética en los ancianos es mucho más débil que en poblaciones más jóvenes para el desarrollo de depresión.

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios normales en las neuronas y en la neurotransmisión. Estos han sido especialmente estudiados en los sistemas monoaminérgicos y en la función neuroendocrina. Existe una elevación de la actividad de la monoaminoxidasa predisponiendo a un mayor metabolismo de las aminas cerebrales. Existe una pérdida de neuronas y disminución de la actividad en el locus coeruleus (sistema noradrenérgico), sustancia negra (sistema dopaminérgico) y núcleos del rafe (sistema serotoninérgico), que se considera normal. Existe una disminución de melatonina, una respuesta aplanada a la TRH y GRF y una mayor actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal con un aumento de la función del cortisol. Todos estos mecanismos han sido propuestos como causa de la depresión o han sido descritos en su presencia, lo que, al menos teóricamente hace el plantearse que estén actuando como favorecedores de la aparición de depresiones en el anciano.

Con el sueño y ritmo circadiano existe una situación similar. Hay alteraciones normales que son semejantes a las presentes en los cuadros depresivos; por lo general presentan disminución global del tiempo de sueño, mayor fragmentación con frecuentes despertares y menor tiempo REM. Las alteraciones del sueño son más marcadas y frecuentes en las mujeres, aunque parecen más importantes predictores de la presencia de la depresión en varones (Schechtman et al, 1997).

En el anciano puede estar presente el consumo de alcohol, siendo esta la principal sustancia de abuso a esta edad. La presencia de antecedentes hace fácil su reconocimiento pero no es infrecuente que se dé en situaciones no aparentes, dentro de una situación social de soledad y desamparo o de un cuadro depresivo que propician el

consumo de alcohol, cerrando un círculo vicioso al generar mayor ansiedad y depresión.

La comorbilidad entre enfermedades médicas, en especial las crónicas e invalidantes, y depresión a menudo se establece de una forma bidireccional. En enfermos médicos institucionalizados se ha podido delimitar tres grupos sintomáticos que podemos denominar correspondientes a humor depresivo, ansiedad psíquica y síntomas somáticos (Parmelee et al, 1998). La ansiedad se correlacionaba con el dolor y los síntomas somáticos y depresivos con todos los demás indicadores de salud. Siguiendo la evolución longitudinal de estos pacientes se pudo establecer que el principal indicador de declinar de la salud a largo plazo era la presencia de síntomas depresivos. Se le ha atribuido especial importancia al modelo de desesperanza aprendida ante la continua autoatribución de los fallos de salud y la percepción de la falta de competencia que los ancianos con enfermedades médicas realizan. Maiden (1987) muestra cómo los pacientes deprimidos con enfermedades médicas atribuyen los fallos a su propia responsabilidad y los aciertos a la buena suerte, mientras que los no deprimidos lo hacen justo al revés.

Por otro lado, los estudios realizados desde las consultas de medicina general revelan que los pacientes reconocidos como deprimidos, no ya por entrevista clínica sino por test de despistaje (CES-D, Center for Epidemiologic Studies-Depression Geriatric Scale), tenían una mayor proporción de problemas no psiquiátricos de salud, un mayor número de consultas y pruebas y una mayor probabilidad de ser ingresados y de permanecer más tiempo en un hospital (Callahan et al, 1997). Los estudios que analizan la relación entre depresión y mayor riesgo de mortalidad aportan datos contradictorios, lo que sí parece definitivo es que la presencia de depresión se asocia con una peor salud general, y ésta a su vez con un mayor riesgo de mortalidad (Thomas et al, 1992). Se ha puesto de manifiesto que los pacientes ancianos deprimidos que presentaban enfermedades médicas en comorbilidad mejoraban de su estado de salud general tras haber seguido un tratamiento antidepressivo adecuado (Miller et al, 1996).

Dentro de las enfermedades médicas, las más asociadas a la presencia de depresión en el anciano son los déficits sensoriales, las endocrinas y las que podemos considerar neuropsiquiátricas. Debemos considerar que existe una diferencia cualitativa entre aquellas enfermedades que por mecanismos fisiopatológicos pueden provocar depresión (una enfermedad de Parkinson o de Alzheimer, por ejemplo) y las que provocan esta depresión a través de la incapacidad y estrés crónico que generan (patología cardiovascular, por ejemplo).

Siempre se debe considerar que un cuadro depresivo en el anciano puede ser el inicio de una enfermedad grave tal como una neoplasia no manifiesta o una enfermedad endocrina. Junto con la morbilidad depresiva generada por enfermedades médicas tenemos los efectos depresógenos de los fármacos. Los pacientes ancianos presentan una menor metabolización hepática, un me-

nor aclaramiento renal, una mayor proporción de grasa corporal y una disminución de las proteínas plasmáticas, lo que los convierte en más vulnerables a los efectos secundarios de los fármacos y en especial de la polifarmacia. Como especialmente depresógenos han destacado los antihipertensivos, aunque la alfametildopa o guanetidina se usan cada vez menos, los β -bloqueantes siguen teniendo un uso extendido, los corticoides, los analgésicos, antiarrítmicos y el empleo inadecuado de benzodiazepinas y neurolepticos.

En la comorbilidad entre depresión y enfermedad médica a menudo resulta difícil realizar el diagnóstico diferencial, en especial en aquellos ancianos más debilitados y de mayor edad. Nos encontraremos con la necesidad de establecer si el paciente presenta una depresión o si la sintomatología que padece es más debida al estrés y ansiedad que la enfermedad médica genera.

Otro de los aspectos que está cobrando importancia es el de aquellos ancianos cuyos cónyuges contraen una enfermedad crónica invalidante, por lo que se ven obligados a adoptar un papel continuado de cuidadores. Esto ha sido sobre todo estudiado en los cónyuges de enfermos de Alzheimer, en los que se ha descrito la presencia de episodios depresivos en un 30% frente a un 1% de controles (Dura et al, 1990), afectando preferentemente a las mujeres (Livingston et al, 1996).

ASPECTOS ACERCA DE LA CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

La depresión en los ancianos sigue por lo general los mismos patrones generales en cuanto a presentación clínica que en el resto de edades (Musetti et al, 1989); anteriormente parecía propugnarse ampliamente grandes diferencias entre la depresión del anciano y la de otras edades. El principal debate que se ha planteado en cuanto a la clínica de la depresión en el anciano es si existe una depresión específica de esta edad, lo que se ha venido denominando melancolía involutiva. Ya la utilización del término melancolía implica que se considera un cuadro endógeno en su origen. No existe un acuerdo general en si la melancolía involutiva constituye una entidad clínica con rasgos diferenciadores, aunque la tendencia en los últimos tiempos, recogida en las clasificaciones internacionales, es a no aceptarla como una entidad nosológica diferente.

La melancolía involutiva ya fue descrita por Kraepelin y ha sido un término mantenido a lo largo de todo el siglo. Clínicamente se caracteriza por la presencia de agitación (en las melancolías de otras edades la inhibición es más frecuente), de ideas delirantes de contenido paranoide (sobre todo de robo de los enseres) y de ruina (personal y económica) y una mala evolución. Ésta se halla superpuesta a menudo con los cuadros delirantes de la involución. Los estudios de evolución muestran cómo pacientes con depresión unipolar en la edad adulta presentan cuadros con aspecto de melancolía involutiva al llegar a ancianos, lo que sugiere la idea del factor pato-

plástico de la ancianidad sobre los cuadros depresivos (Barcia, 1990). En la actualidad no parece sostenible la idea de la melancolía involutiva como una categoría en sí misma, sino que parece formar parte del continuo depresivo con unos rasgos condicionados patoplásticamente por la personalidad, biología y biografía de la persona anciana. A pesar de esto la diferencia clínica y pronóstica de la melancolía involutiva parece clara.

Dejando al lado el debate de la melancolía involutiva como entidad nosológica, lo que parece evidente es que en la depresión del anciano podemos encontrar una serie de rasgos clínicos más característicos, sin abandonar lo que de nuclear existe en ella. En especial estos rasgos se refieren a la presencia de agitación/inhibición, padecimiento de síntomas somáticos e hipocondríacos, cuadros delirantes tipo Cotard y deficiencia cognitiva. En un trabajo nuestro sobre las características de la depresión en la edad senil (Barcia, 1996) realizamos un análisis cluster a partir de las puntuaciones obtenidas por los pacientes en una escala de psicopatología adecuada a la edad senil. Pudimos determinar la existencia de tres grupos. Uno que denominamos de depresión-ideacional, el cuadro clínico estaba caracterizado especialmente por sintomatología delirante del tipo de delirios de perjuicio, acompañado de pesimismo e ideas de autolisis. El segundo grupo daba puntuaciones elevadas, especialmente ítems relacionados con síntomas somáticos y psicomotores, y lo llamamos grupo depresivo-hipocondríaco. Un tercer grupo daba un cuadro superponible al de la depresión del adulto. El segundo grupo mostraba quejas hipocondríacas de aspecto cotardiforme, como quejas relacionadas con sensaciones negativas de su cuerpo, delirios, del mal funcionamiento del mismo, especialmente intestinos, etc.

La presencia de quejas somáticas da lugar a un elevado número de consultas, de exploraciones y tratamientos innecesarios si no se reconoce adecuadamente el carácter enmascarado de la depresión subyacente. Frecuentemente los pacientes ancianos son incapaces de identificar y comunicar adecuadamente sus síntomas depresivos, lo que está relacionado con la alexitimia o incapacidad de reconocer y verbalizar los propios estados emocionales, conduciendo a menudo a su expresión a través de síntomas somáticos o conductuales. Es frecuente que los pacientes ancianos no se quejen de presentar ánimo triste, sino más bien de alteraciones somáticas variadas y vagas, alteraciones del sueño o de la memoria. Pueden mostrarse amigables en las entrevistas médicas al hallarse satisfechos de poder interactuar socialmente y romper su aislamiento. A menudo serán los familiares los que al observar las conductas del paciente promueven la búsqueda de ayuda médica y la orienten hacia la psiquiatría.

Característicamente la depresión en el anciano está marcada por la ansiedad que a menudo conduce al paciente hacia una actividad desordenada, que el clínico no atento puede confundir si parte del esquema de depresión igual a inhibición; a esta presentación se le ha venido denominando como depresión agitada. Esta ansiedad

se va a manifestar a través de síntomas somáticos, que pueden ser muy llamativos y predominar en la presentación clínica y síntomas psíquicos con angustia, tensión e irritabilidad. Se presentan ideas de carácter obsesivoide en relación a los temores habituales de hipocondría, ruina y culpa.

Cotard describió el delirio que lleva su nombre en 1880 como delirio de negación, en el que se presentan ideas hipocondríacas graves con negación de la vitalidad del propio cuerpo o la queja de alteraciones o pérdidas de órganos (generalmente gastrointestinales), marcada ansiedad e ideas delirantes de culpa y paranoides (Berríos y Luque, 1995). Este cuadro es mucho más frecuente en pacientes ancianos que en otras edades, al igual que en depresiones frente a otras psicosis; aunque es infrecuente su presentación completa son frecuentes la presencia de ideas «cotardiformes» en las melancolías de pacientes ancianos, como acabamos de comentar.

Las ideas de muerte están presentes en la población anciana general más frecuentemente que a otras edades, pasando lo mismo en los ancianos deprimidos. Hay que considerar la elevada letalidad de los intentos de suicidio en ancianos, en especial en los varones, lo que ante la sospecha de ideas de lisis nos obliga a intervenir sobre el paciente.

En pacientes ancianos en general podemos encontrar un enlentecimiento de la actividad psicomotora. La deficiencia cognitiva es más marcada en los pacientes ancianos que en el resto de poblaciones. Nosotros hemos realizado una revisión bibliográfica de estas cuestiones (Barcia et al, 1994) y de su análisis puede concluirse que hay evidentes diferencias entre los jóvenes y los viejos en el sentido de mayores dificultades de estos últimos para la elaboración de procesos cognitivos relacionados con el pensamiento y el lenguaje, pero es necesario señalar que esto sólo puede ser percibido por medio de la utilización de técnicas sofisticadas, por lo que si se evidencia en la clínica, entonces estamos en presencia de enfermedad y no debe ser atribuido a la edad.

En los cuadros depresivos de la vejez la inhibición cognitiva puede ser intensa y nos encontramos con cuadros de aspecto demencial, lo que se conoce como pseudodemencia depresiva, que se da principalmente en la edad avanzada. Se ha descrito una correlación positiva entre severidad de depresión y de alteración cognitiva en pacientes mayores de 65 años, pero igualmente existen estudios que encuentran una correlación muy débil o inexistente, además no se ha podido corroborar en poblaciones más jóvenes (Cavanaugh y Wettstein, 1983). Un factor al que parece asociado a la deficiencia cognitiva en la depresión del anciano es la endogeneidad y la presencia de síntomas psicóticos. Lo que sí parece claro es que los pacientes ancianos deprimidos tienen un peor rendimiento cognitivo cuando se comparan con la población anciana general. Las alteraciones se suelen referir a las capacidades de atención, concentración y memoria. La presencia de otro tipo de deficiencias, en especial las sugerentes de alteración cortical (afaso-apraxo-agnosia) nos deben hacer planteamos otros diagnósticos. La defi-

ciencia que comunica el paciente puede ser también debida a una distorsión de los propios rendimientos, y debemos tener en cuenta que en población anciana general las quejas de memoria son muy elevadas, y en especial en los deprimidos se tiende a magnificar la posible deficiencia cognitiva (Grut et al, 1993), mientras que los enfermos de Alzheimer la minimizan característicamente. Nos gustaría resaltar que no sólo hay una alteración de la capacidad de recordar, sino que también de la calidad de estos recuerdos, estando presentes por lo general sólo los negativos, al igual que un estilo atribucional culpabilizador y pesimista de la deficiencia cognitiva (Morris y McManus, 1991). Se ha señalado que este déficit cognitivo se presenta con un patrón clínico que lo asemeja a la demencia subcortical (Caine, 19981; Barcia, 1990) y con predominio de disfunción hemisférica derecha, como revela un peor rendimiento en tareas visuoespaciales frente a verbales.

La presencia de cuadros distímicos (un 5% de población), generalmente antes de los 65 años, aunque también pueden empezar después, dificulta la recuperación de los episodios depresivos mayores y favorece la recurrencia. Fenton et al (1997) comunican que un grupo de ancianos con episodio depresivo mayor se recuperaban tras un año en un 62% de los casos, mientras que si estaba presente una distimia esta recuperación apenas llegaba hasta un 21%, actuando además la distimia como un factor predictivo positivo para la recurrencia de un nuevo episodio depresivo.

Está descrita la tendencia en la depresión del anciano a la recurrencia y a mostrarse más resistente al tratamiento, en especial al psicofarmacológico, lo que a menudo debe hacer plantear seriamente el empleo de la terapia electroconvulsiva, sobre lo cual hemos insistido en varias ocasiones (Barcia et al, 1990, Barcia y Pozo, 1995).

BIBLIOGRAFÍA

- Antonucci TC, Fuhrer R, Dartigues JF. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol Aging* 1997;12:189-95.
- Barcia D. Melancolía involutiva. En: Hayflick L, Barcia D, Miquel J, eds. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: ELA; 1990.
- Barcia D. La vejez desde el punto de vista antropológico. En: Hayflick L, Barcia D, Miquel J. eds. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: ELA; 1990.
- Barcia D. Pseudodencia. *Arch Neurobiol* 1991;54:66-73.
- Barcia D. Delirio hipocondríaco de la depresión senil. Análisis clínico e interpretación antropológica. *An Psiquiatr (Madrid)* 1996;156:369-73.
- Barcia D. A poropos du tedium vitae dans la poésie de la vieillesse des poètes. *Ann Med Psychologique* 1966;156:369-76.
- Barcia D. Las bases antropológicas de la toxicomanía. *An Psiquiatr (Madrid)* 1997;13:1-7.
- Barcia D, Pozo P. Terapéutica electroconvulsiva. *Monoграфías de Psiquiatría*; 1995 VII.
- Barcia D, Pozo P, López Arteche I, Morcillo L. Terapéutica electroconvulsiva en la terapéutica de la depresión involutiva. *Depresiones en el anciano*. PTD. España, La Toja; 1990.
- Barcia D, Ruiz ME, Gállego A. La vejez ante la muerte. Valencia: Sociedad Española de Psicogeriatría; 1991.
- Barcia D, Ruiz ME, Salorio P, Morcillo L, Torres A. Pensamiento y lenguaje en la vejez. *Intus* 1994;5:116-25.
- Barcia D, Ruiz ME, Salorio P, Morcillo L, Micol A, Torres A. Calidad de vida y autoconcepto en la vejez. En: Asistencia psicogeriatrica y antropología cultural. Santiago de Compostela; 1995.
- Barcia Goyanes JJ. La vejez como fenómeno humano. Madrid; 1997.
- Bazargan M, Hamm-Baugh VP. The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995;50:S119-S27.
- Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:185-8.
- Blazer D, George L, Landerman R. The phenomenology of late life depression. En: Bebbington PE, Jacoby R, eds. *Psychiatric Disorders in the Elderly*. London: Mental Health Foundation; 1986.
- Burges EW, Cavan RJ, Harvinhurst RI. Your activities and attitudes. Chicago Researchs Associates; 1948.
- Callahan CM, Hui SL, Nienaber NA, Musick BS, Tierney WM. Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:833-8.
- Callahan CM, Kesterson JG, Tierney WM. Association of symptoms of depression with diagnostic test charges among older adults. *Ann Intern Med* 1997;126:426-32.
- Cavanaugh SA, Wettstein RM. The relationship between severity of depression, cognitive dysfunction, and age in medical inpatients. *Am J Psychiatry* 1983;140:495-6.
- Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *J Health Soc Behav* 1990;31:148-61.
- Dura JR, Stukenberg KW, Kiecolt-Glaser JK. Chronic stress and depressive disorder in older adults. *J Abnormal Psychol* 1990;178:343-50.
- Fenton FR, Cole MG, Engelsmann F, Mansouri I. Depression in older medical inpatients: one-year course and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:389-94.
- Fucoult T. Las palabras y las cosas. Planeta-Agostini; 1984.
- Grut M, Jorm AF, Fratiglioni L, Forsell Y, Viitanen M, Winblad B. Memory complaints of elderly people in a population survey: variation according to dementia stage and depression. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1295-300.
- Halpain M, Harris MJ, Patterson TL, et al: Normal aging is not associated with an increase in psychiatric symptoms. American Association for Geriatric Psychiatry. 10th Annual Meeting and Symposium. Orlando, Fla, March 2-5, 1997, p. 15.

- Heikkinen RL. Depressed mood among the elderly in Jyväskylä. A five-year follow-up. *Scand J Soc Med Suppl* 1997;53:66-78.
- Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C, Wisniewski W, Metz H, Bijur PE. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989;146:220-5.
- Livingston G, Manela M, Katona C. Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *BMJ* 1996;312:153-6.
- Mariás J. Esperanza de vida, en tercera edad. Madrid: Ed Karpos; 1977.
- Meller I, Fichter MM, Schroppel H. Incidence of depression in octo- and nonagenarians: results of an epidemiological follow-up community study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996;246:93-9.
- Meller I, Fichter MM, Schroppel H. Risk factors and psychosocial consequences in depression of octo- and nonagenarians: results of an epidemiological study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997;247:278-87.
- Miller MD, Schulz R, Paradis C, et al. Changes in perceived health status in depressed elders treated to remission of recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:1350-2.
- Morris JC, McManus DQ. The neurology of aging: normal versus pathologic change. *Geriatrics* 1991;46:47-8.
- Musetti L, Perugi G, Soriani A, Rossi VM, Cassano GB, Akiskal HP. Depression before and after age 65: a re-examination. *Br J Psychiatry* 1989;155:330-6.
- Murphy E. The impact of depression in old age on close social relationships. *Br J Psychiatry* 1985;142:323-7.
- Nieto J, Llor, Barcia D, Del Cerro. Miedo y ansiedad ante la muerte en ancianos (estudio preliminar con la escala DAS de templer). *Geriatrka* 1992;3:17-23.
- Parmelee PA, Lawton MP, Katz IR. The structure of depression among elderly institution residents: affective and somatic correlates of physical frailty. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53:M155-M62.
- Reker GT. Personal meaning, optimism, and choice: existential predictors of depression in community and institutional elderly. *Gerontologist* 1997;37:709-16.
- Ritchie K. Eueria, longevity and normal ageing. *Br J Psychiatry* 1997;171:501.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52:S252-S8.
- Schechtman KB, Kutner NG, Wallace RB, Buchner DM, Ory MG. Gender, self-reported depressive symptoms, and sleep disturbance among older community-dwelling persons. FICSIT group. Frailty and Injuries: Cooperative Studies of Intervention Techniques. *J Psychosom Res* 1997;43:513-27.
- Thomas C, Kelman HR, Kennedy GJ, Ahn C, Yang CY. Depressive symptoms and mortality in elderly persons. *J Gerontol* 1992;47:S80-S7.