

Comentario al artículo: *Depresión en el anciano. Aspectos etiológicos y clínicos*

LÁZARO DEL NOGAL, M. y RIBERA CASADO J. M.

Servicio de Geriátria. Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

El trabajo de los Drs. Barcia y Alcántara comienza destacando un aspecto muy importante, cual es la dificultad para reconocer la existencia de depresión en numerosas personas mayores por parte del colectivo médico. Al hilo de ello proporcionan algunos datos de carácter epidemiológico que pensamos merece la pena comentar.

Así, se sabe que las estimaciones sobre la prevalencia de la depresión en el anciano varían ampliamente dependiendo de la procedencia de la muestra y de los criterios diagnósticos utilizados. En el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area), realizado en EEUU y muy utilizado como referencia debido a la amplitud de la muestra manejada (18.752 personas) se estima, siguiendo criterios diagnósticos DSM-III, que padecen síntomas depresivos alrededor de un 15% de las personas mayores de 65 años residentes en la comunidad.

Cifras similares, en torno al 14% para personas de edad avanzada, encuentran Carpinello et al, en un área geográfica bastante similar a la nuestra, en un estudio comunitario realizado mediante la entrevista clínica «Present State Examination».

Estudios españoles efectuados con similar metodología, a través de entrevista psiquiátrica, ofrecen datos que oscilan entre el 8,3% referido por Fernández en Tenerife y el 14,8% encontrado por Dewey, en mujeres, en Zaragoza.

En personas institucionalizadas, la prevalencia aumenta de forma significativa, sin duda en relación con las mayores pérdidas funcionales, familiares y sociales. El ya comentado estudio ECA sitúa en un 15-25% los casos de depresión mayor en residencias, un 13% de los residentes desarrollaron un episodio nuevo de depresión mayor después de un período de un año, y otro 18% presentó nuevos síntomas depresivos.

En relación con el tipo de trastorno depresivo se estima que la prevalencia de trastornos depresivos mayores en ancianos se mueve entre un 1% y un 5%. Las tasas de trastornos depresivos menores o neuróticos se calculan sobre un 20% para las mujeres y un 3-14% para los varones. Los trastornos adaptativos son los más frecuentes y los padecen, al menos, un 30% de los ancianos. La prevalencia de trastornos mixtos ansiedad-depresión, es de un 13% aproximadamente.

Todo ello nos lleva a admitir que los trastornos del ánimo son algo muy común y suponen el principal problema de salud mental en la edad avanzada, siendo con frecuencia no reconocidos ni tratados adecuadamente. El progresivo envejecimiento de la población y el mayor riesgo de

padecer depresión en las últimas generaciones hace prever que en el futuro la frecuencia de la depresión geriátrica será aún mayor y constituirá uno de los problemas de salud pública y/o mental de mayor relevancia.

Todavía un comentario a la discusión que los autores hacen en torno a la edad. Hace ya tiempo que desde la geriatría se tiende a definir la vejez en términos dinámicos (envejecimiento) como un proceso continuo, y no en base a una edad concreta. Establecer un límite en función de un número de años sólo tiene sentido a efectos administrativos (jubilación) o cuando se pretende llevar a cabo estudios epidemiológicos y resulta obligado establecer una frontera que permita comparar diferentes grupos poblacionales.

La discusión sobre la etiología ocupa la parte más amplia del trabajo de Barcia y Alcántara, y en gran medida constituye una buena revisión de los factores psicosociales relacionados con la misma, por lo que no vamos a añadir demasiados comentarios. En realidad se trata de una patología con múltiples causas, en la que diversos factores (disposicionales, psicosociales y bioquímicos) están implicados en su etiopatogenia.

Los factores genéticos aunque se piensa que deben ser importantes no se conocen en exceso y, aparentemente, juegan un papel menor en la depresión de aparición tardía que en la que se manifiesta en edades anteriores. En general, tal como apuntan los autores, podemos afirmar que los factores psicosociales son prioritarios en la génesis de la enfermedad depresiva del anciano.

El proceso de envejecimiento provoca una mayor vulnerabilidad a padecer determinadas enfermedades, muchas de ellas de carácter crónico e incapacitante. La depresión está asociada a enfermedades físicas, donde puede representar una respuesta efectiva al dolor o a la incapacidad resultante. En la misma línea el síndrome depresivo también puede ser provocado por muchos de los medicamentos prescritos al anciano, hecho que con frecuencia se subestima.

Por otra parte, los cambios que se han producido en la sociedad actual han hecho que la soledad sea algo cada vez más frecuente. La falta de relaciones interpersonales, el aislamiento social, las pérdidas económicas y la presencia de acontecimientos vitales adversos, desempeñan un papel importante en el desencadenamiento de la depresión en el anciano.

Además, existen factores biológicos relacionados con la edad que predisponen a la depresión. Los cambios a ni-

vel neuroquímico que se producen en el envejecimiento pueden favorecer la aparición de un trastorno depresivo. Por ejemplo, a medida que aumenta la edad del individuo disminuyen las concentraciones de serotonina, dopamina y noradrenalina en el cerebro, neurotransmisores que están implicados en la depresión.

Todo este conjunto de factores va a ser, en la inmensa mayoría de los casos, el causante de la mayor parte de los trastornos depresivos en los ancianos.

La última parte de la revisión que comentamos se centra en aspectos clínicos y se inicia con la afirmación de que las manifestaciones de la depresión en el anciano son, en esencia, similares a las del adulto más joven. Sin embargo, la edad modifica en cierta medida la clínica depresiva. Los principales síntomas diferenciales son los siguientes:

a) Síntomas de la esfera afectiva: La tristeza y el bajo estado de ánimo suelen dominar el cuadro clínico. En el anciano estos síntomas se manifiestan a menudo con un apagamiento y desinterés por las cosas.

b) Síntomas cognitivos: Se refieren básicamente a dificultades mnésicas y de aprendizaje. El paciente tiene dificultad para captar lo esencial y el pensamiento es laborioso. A esto se denomina pseudodemencia. Es quizá la forma clínica que con más frecuencia induce a errores diagnósticos.

c) Síntomas hipocondríacos. Este tipo de preocupaciones son muy frecuentes en el anciano deprimido. En los casos leves es típica la excesiva preocupación por las funciones corporales. En las depresiones con síntomas psicóticos la hipocondría puede adquirir características delirantes, con el convencimiento de estar muerto o vacío de órganos, como es el caso del llamado síndrome de negación de Cotard, al que se refieren extensamente los autores.

d) Trastornos del sueño y apetito: El insomnio es un síntoma frecuente en los estados depresivos. La anorexia es un síntoma habitual en la depresión. Una pérdida de peso importante puede ser motivo de ingreso hospitalario. En las depresiones melancólicas, descrita por Kraepelin en 1896 con el nombre de melancolías de involución y en la actualidad catalogadas como depresiones monopulares con predominio de la melancolía y el negativismo, estos trastornos pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente.

e) Conductas regresivas: La incontinencia sin substrato orgánico, el rechazo a la alimentación sólida, pseudoconfusión y la excesiva dependencia física son síntomas sugerentes de estado regresivo.

En función de estos síntomas, existen diferentes formas clínicas de depresión en el anciano:

1. Depresión mayor: Son las depresiones severas; en ellas predomina la ausencia de deseos de vivir, con grave afectación del estado general e importante retracción social.

2. Depresión neurótica o distimia depresiva: Son cuadros depresivos recurrentes, en los que se mezclan desencadenantes externos (jubilación, pérdida de soporte familiar o social, enfermedad física) con rasgos de personalidad previa.

3. Depresiones somatógenas: Siempre hay que estar alerta ante la posibilidad de una patología de base orgánica, sobre todo ante la aparición de un cuadro depresivo de evolución tórpida, sin antecedentes previos y con

mala respuesta al tratamiento. Son numerosas las patologías médicas y fármacos que pueden causar estas formas de depresión.

4. Trastornos adaptativos: Los cambios en la estructura familiar, la jubilación, las enfermedades orgánicas, favorecen el desarrollo de estos trastornos de adaptación. Son muy variables en su sintomatología, aunque suele predominar la sintomatología ansiosa y depresiva, y no suelen durar más de seis meses.

5. Duelo: Es el estado emocional desencadenado a raíz de la pérdida de un ser querido. Los principales síntomas del duelo normal son los siguientes: sentimientos de culpabilidad, síntomas somáticos depresivos y/o ansiosos; irritabilidad y reacciones hostiles. Las características fundamentales del duelo patológico son: reacción de duelo tardía (después de una negación prolongada), hiperactividad sin sentimiento de pérdida, síntomas delirantes hipocondríacos, patología psicósomática, depresión severa con síntomas de agitación.

6. Trastornos mixtos ansiedad-depresión: Es un síntoma frecuente la inquietud psicomotriz. Los pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión más o menos intensos.

7. Depresiones enmascaradas: En los ancianos, los equivalentes depresivos más frecuentes son de índole somática. También la astenia persistente y el insomnio aparecen con frecuencia. Los síntomas somáticos en primer plano enmascaran la depresión de fondo.

Quizá convenga hacer una llamada de atención acerca del riesgo de suicidio en el anciano con cuadros depresivos severos. La tasa de suicidios en edades avanzadas es muy alta y, aunque escapa al objetivo de estos comentarios, se hace preciso por una parte conocer los factores de riesgo del mismo y, por otra, tener la sensibilidad suficiente como para pensar en esta posibilidad ante un anciano que reúna uno o más de estos factores de riesgo.

El diagnóstico de depresión es fundamentalmente clínico. Es muy importante una historia clínica cuidadosa que incluya anamnesis, exploración física exhaustiva y pruebas complementarias que ayuden a completar el diagnóstico. Las escalas de valoración permiten detectar síntomas y signos depresivos.

El diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en la edad avanzada constituye un reto para todos los profesionales que nos dedicamos al paciente anciano. Son muchos los procesos que pueden mimetizar, enmascarar e incluso difuminar los síntomas depresivos en el anciano. Los diagnósticos diferenciales más habituales lo son con la demencia, la enfermedad de Parkinson, las psicosis de aparición tardía, los estados confusionales subagudos y el proceso de duelo normal.

A pesar de los notables progresos realizados en las diferentes formas de tratamiento de la enfermedad depresiva, en el caso del anciano la cronicidad es alta. Estudios prospectivos de seis años de seguimiento muestran recidivas entre un 7% y un 40% de los trastornos depresivos en ancianos. Los principales factores relacionados con la cronicidad son una larga duración de los episodios previos o del episodio actual, la coexistencia del trastorno depresivo con otra enfermedad médica, la mayor gravedad del episodio y su presentación sin síntomas somáticos.