

Comentario al artículo: *Depresión en la edad avanzada: aspectos terapéuticos*

MORENO GEA, P.

Doctor en Psiquiatría. Jefe de Sección de Interconsultas. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

La depresión es probablemente el trastorno funcional más frecuente entre los ancianos y, como dice el Dr. Baldwin, es clínicamente fascinante y su tratamiento es gratificante. Se sabe que los ancianos de raza blanca tienen el mayor índice de suicidio en relación con el resto de grupos de edad. Estos dos aspectos deben de bastar para señalar la importancia de que los psiquiatras, médicos geriatras y médicos generales estemos al día de los avances del tratamiento de estos trastornos.

La depresión en la edad avanzada cuenta con una serie de características propias.

- La sintomatología es diferente, con mayor número de quejas somáticas y en ocasiones dificultades en la verbalización de síntomas.
- A la hora de aplicar un tratamiento con frecuencia se olvida la alta eficacia de la psicoterapia en este grupo de edad o es difícil elegir la dosis del antidepressivo en función de patologías previas existentes cardíacas, renales o metabólicas tan frecuentes en este grupo de enfermos.
- Los efectos secundarios de los antidepressivos tricíclicos se acrecientan en estas personas.
- La interacción de los psicofármacos con otros medicamentos y la alteración de funciones mentales, con deterioro del funcionamiento cognitivo, pueden agravar dificultades que hasta esa fecha estaban enmascaradas. Su acción sobre la función motora ha de tenerse muy en cuenta por las frecuentes caídas con fractura de cadera, que puede llevar a una inmovilización prolongada y a numerosas complicaciones.

Otro factor destacado a tener en cuenta son los acontecimientos vitales, es frecuente en este grupo de edad «arrastrar» el fallecimiento del cónyuge, cambios en sus habitats naturales con desplazamientos a residencias o a casa de los hijos, jubilación, dificultades económicas y múltiples enfermedades, duelos no resueltos y soledad con dificultades de comunicación.

Todos estos aspectos pueden influir a la hora de tomar una decisión terapéutica farmacológica o psicoterapéutica y hacen por tanto muy relevante el artículo del Dr. Chinchilla revisando y actualizando en este tema. De especial utilidad son los cuadros resumen a que ya nos tiene acostumbrado el Dr. Chinchilla y que simplifican y facilitan las conclusiones del artículo. A modo de cues-

tiones destacadas a tener en cuenta en la depresión de este grupo de edad podemos mencionar:

Es importante recordar el papel que los factores vasculares pueden tener en la etiología de la depresión, las cuales pueden predisponer, precipitar o perpetuar la depresión del anciano, a tener en cuenta sobre todo en la depresión resistente. Otros factores a considerar son las limitaciones físicas, enfermedades concurrentes, sucesos vitales y presencia de patologías dolorosas, junto con los efectos secundarios de la medicación. Especial mención creemos tiene la importancia del aislamiento social y la soledad que a veces sufren algunos de estos enfermos.

A resaltar que es un trastorno tan común como en jóvenes, aunque pueden cumplir los criterios diagnósticos de depresión mayor con menor frecuencia, predominando formas clínicas depresivo-ansiosas, la hipocondriasis, las pseudodemencias y la mayor frecuencia de sintomatología paranoide, en forma de delirios de culpa, persecución o daño en las depresiones de la edad avanzada.

La concurrencia con enfermedades físicas y los tratamientos prescritos para ellas, pueden reducir la eficacia del tratamiento antidepressivo e incrementar los efectos secundarios, así tenemos:

- Menor tolerancia en estos grupos de edad a los antidepressivos tricíclicos e IMAOS, por sus efectos anticolinérgicos y adrenérgicos que pueden descompensar trastornos prostáticos con retención de orina, agravar el glaucoma o provocar arritmias cardíacas, empeorar la memoria, con confusión mental, provocar hipotensión ortostática, disturbios visuales, estreñimiento, ataxia y cansancio.
- Las alteraciones metabólicas y hepatorreales nos obligan a cambiar las dosis, llevándonos en ocasiones, por miedo a los efectos secundarios, a emplear dosis subterapéuticas, lo que junto al frecuente incumplimiento terapéutico puede provocar aparentes resistencias o cronificaciones por inadecuado tratamiento.
- La TEC también conllevaría un mayor riesgo por la anestesia.

En general con antidepressivos tricíclicos se ha de dar la mitad de la dosis y con los nuevos antidepressivos se recomienda utilizar la dosis más baja habitual empleada en adultos. Hemos de tener presente la frecuencia de hipertensión en este grupo de edad, y el antagonismo del efec-

to hipotensor que los ATDT tienen por los hipotensores adrenalíticos centrales y periféricos. En los ancianos por la pérdida de agua corporal, el volumen de distribución de los psicofármacos tiende a disminuir, lo que junto al aumento del volumen plasmático debido a la disminución del metabolismo hepatorenal lleva a encontrarnos con variaciones en los rangos de dosis muy variables. Hemos de tener en cuenta con los ISRS la capacidad variable de inhibición sobre el citocromo P450 y la posibilidad de que empeore el parkinsonismo.

Al suspender de forma brusca los antidepresivos tricíclicos o los ISRS, pueden ocurrir síntomas del síndrome de discontinuación, por lo que se recomienda siempre su discontinuación de forma gradual.

Para tratar la melancolía es necesario añadir neurolépticos a dosis bajas (de predominio quizá los nuevos antipsicóticos) y la posibilidad de emplear TEC.

En las pseudodemencias depresivas, cuyo adecuado diagnóstico diferencial es tan importante en este grupo de edad, por sus implicaciones pronósticas, nos recuerda el Dr. Chinchilla, la necesidad de descartar patología orgánica que justifique el deterioro y la conveniencia de realizar exploraciones neuropsicológicas.

En el caso del trastorno bipolar, los pacientes ancianos con presentación tardía de manía responden bien al tratamiento antimaníaco estándar con neurolépticos, litio y anticonvulsivantes. Se ha sugerido que el valproato es una alternativa más segura que carbamazepina al tratamiento con litio en el anciano. En la depresión bipolar, el litio se ha recomendado como un tratamiento de primera línea, añadiendo un segundo estabilizador del humor o un ATD como siguiente paso.

En el caso de las depresiones resistentes que ocurren en un tercio de los depresivos ancianos utilizarán estrategias similares a las personas jóvenes, con estrategias de combinación/aumento y reevaluación del caso con atención al deterioro cognitivo, comorbilidad física y psíquica y presencia de características melancólicas o psicóticas.

En el resto de cuadros analiza el Dr. Chinchilla en su artículo las distintas formas de depresión en el anciano (involuntiva, distimia, etc.) realizando diversas recomendaciones terapéuticas en función de la gravedad, forma clínica, antecedentes, tipo de depresión, etc. Recordando que a mayor precisión en el diagnóstico mejor es el pronóstico.

Queremos señalar el mayor riesgo de cronicidad de las depresiones a estas edades y la mejor respuesta a los nuevos antidepresivos, así como la elevada mortalidad, que haya que resaltar la importancia de cara a la evolución y al pronóstico de informar y educar a la familia y al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento de forma y duración adecuada, huyendo del nihilismo terapéutico que a veces ha predominado por la edad del paciente.

Por último, hay que olvidar que, como comenta el Dr. López Ibor Aliño, la senectud supone una reducción progresiva de la capacidad de adaptación al estrés, por lo que las medidas de apoyo familiar y psicosocial deben de estar ampliamente disponibles de cara a mejorar el pronóstico de este frecuente trastorno, responsable de gran número de fallecimientos entre los ancianos, no sólo por suicidio, sino también por agravamiento y complicaciones secundarias de enfermedades médicas coexistentes.