

Depresión en la tercera edad. Una patología tratable

Autor: Ignacio Fernández Vidaurreta
Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias.
Hospital de Torrejón, Madrid.

Revista original: Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. David A. Casey MD. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Geriatric Psychiatry Program, University of Louisville School of Medicine, 401 East Chestnut Street, Suite 610, Louisville, KY 40202, USA. Available online 18 July 2017. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.007>

ABSTRACT

La depresión es una de las causas más importantes de sufrimiento emocional en las últimas etapas de la vida y también puede ser un factor que contribuye a la morbilidad del paciente. Debe considerarse un trastorno médico potencialmente grave e incapacitante, que no forma parte de un envejecimiento normal.

Hay un número creciente de casos de depresión tardía debido al envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la población de riesgo, aunque la creencia anterior de que la depresión aumenta con la edad parece ser incorrecta. La prevalencia de la depresión en los adultos mayores parece ser similar a la de otros grupos de edad. Sin embargo, en la población anciana, los síntomas depresivos se pueden mezclar con el duelo, las enfermedades médicas o la demencia. Se trata de una enfermedad heterogénea, en la que se pueden considerar varios estratos diagnósticos, que incluyen la depresión mayor, la depresión menor, el trastorno depresivo persistente, la depresión de inicio tardío, la depresión vascular y la depresión en la enfermedad de Alzheimer entre otros. También hay que considerar de forma importante el riesgo de suicidio, especialmente entre los hombres blancos de edad avanzada.

El tratamiento farmacológico de la depresión incluye especialmente los ISRS y los IRSN. La terapia electroconvulsiva sigue siendo una opción terapéutica, especialmente en los casos catatónicos, psicóticos o resistentes al tratamiento. La psicoterapia también es una opción de tratamiento con buenos resultados. La depresión geriátrica debe considerarse una enfermedad tratable y el éxito en el tratamiento puede mejorar mucho la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.

Depression is one of the most significant causes of emotional suffering in late life and may also be a contributing factor to the morbidity of many medical disorders. Depression is not a normal part of aging and should be regarded as a serious, disabling medical disorder.

There are a growing number of cases of late life depression owing to a growth in the at-risk population, although an earlier belief that depression increases with age appears to be incorrect. The prevalence of depression in older american adults appears to be similar to other age groups. A major focus of the field is to understand how depression among older adults intersects with grief, medical illnesses, and dementia. The illness is recognized as heterogeneous, and various diagnostic constructs may be applied. These constructs include major depression, minor depression, persistent depressive disorder, late life onset depression, vascular depression, and depression of Alzheimer disease, among others. Suicide is an important consideration in the management of elder depression, especially among older white men.

Especialidades

Farmacología
Geriatría
Medicina General
Medicina Preventiva
Psiquiatría
Urgencias

PALABRAS CLAVE:

Depresión
Ancianos
Antidepresivos

KEYWORDS:

Depression
Elders
Antidepressants

Pharmacotherapy is important, especially with the SSRIs and SNRIs. Electroconvulsive therapy remains an important option, especially for catatonic, psychotic, or treatment-resistant cases of elder depression. Psychotherapy is an important and often overlooked treatment option for geriatric depression. Depression in the elderly should be viewed as a treatable condition. Successful treatment may greatly improve the patient's function and quality of life.

ARTÍCULO

La depresión es una de las causas más importantes de sufrimiento emocional en las últimas etapas de la vida y también puede ser un factor que contribuye a la morbilidad de muchos trastornos médicos. La 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM-5) es la guía de diagnóstico psiquiátrico de la Asociación Americana de Psiquiatría, utilizada tanto en Estados Unidos como en otros muchos países. El DSM-5 define la depresión mayor basándose en la presencia de 5 o más síntomas básicos durante un período de al menos dos semanas, incluyendo: un estado de ánimo depresivo, una pérdida de interés, anhedonia, pérdida o ganancia de peso significativa, trastornos de la alimentación, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. En estos criterios no se hace ninguna distinción en función de la edad. Uno de los cambios más significativos y controvertidos del DSM-5 fue la eliminación de la "exclusión por duelo". En el DSM-IV y otras versiones anteriores del manual, las personas que habían sufrido una pérdida reciente con reacción de duelo quedaban excluidas del diagnóstico de depresión mayor.

En el pasado se ha considerado que la depresión mayor era más común entre los ancianos que en otros grupos de edad. Sin embargo, parece que la prevalencia de la depresión mayor entre las personas de más de 65 años es de aproximadamente del 1% al 4%, similar o incluso inferior a la de otros grupos. Algunos estamentos especiales de ancianos tienen tasas más altas de síntomas depresivos. Así, los que asocian enfermedades médicas crónicas tienen tasas de depresión de alrededor del 25%, y los residentes de residencias de ancianos tienen una prevalencia de aproximadamente el 25% al 50%.

La distimia (conocida como trastorno depresivo persistente en el DSM-5) es una forma crónica de depresión que es menos grave que la depresión mayor y dura más de 2 años. Aunque es más frecuente que comience en una etapa temprana de la vida, puede persistir hasta la vejez. La prevalencia global de todos los síntomas depresivos clínicamente significativos entre los adultos mayores se ha estimado entre el 8% y el 16%. Las mujeres mayores tienen más probabilidades de ser diagnosticadas de depresión que los hombres. Debido a esta mayor tasa de diagnóstico y a su mayor longevidad, la mayoría de los ancianos depresivos diagnosticados son mujeres.

A veces, una enfermedad depresiva puede ir acompañada de delirios o alucinaciones, denominándose depresión psicótica o delirante. Un síndrome conocido como catatonia puede asociarse ocasionalmente a la depresión psicótica (además de otros trastornos psiquiátricos o médicos, como el trastorno bipolar). La depresión psicótica es mucho más frecuente entre los pacientes ancianos deprimidos hospitalizados que en los ambulatorios, ocurre en el 20% al 45% de estos pacientes. Su tratamiento puede requerir una combinación de un medicamento antipsicótico con un antidepresivo.

La depresión suele tener un impacto negativo en el estado cognitivo de las personas mayores. En ocasiones, la depresión puede incluso diagnosticarse erróneamente como una enfermedad demencial. Se ha propuesto el término "depresión de la enfermedad de Alzheimer (EA)" para los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de la EA y que además presentan al menos 3 síntomas depresivos significativos (incluyendo estado de ánimo deprimido, anhedonia, inapetencia, falta de sueño, aislamiento social, sentimientos de inutilidad, cambios psicomotores, irritabilidad, fatiga y pensamientos suicidas).

Aunque los comportamientos suicidas en sí no parecen aumentar con la edad, los adultos mayores tienen una tasa de suicidio de aproximadamente el doble que la población general, y la tasa de suicidios consumados aumenta drásticamente. Entre ellos, los hombres suelen elegir un medio de suicidio más altamente letal. Los factores de riesgo para el suicidio de ancianos incluyen la muerte de un cónyuge, vivir solo, percepción de enfermedad, la falta de un confidente, la falta de sueño, el dolor, la desesperanza, el acceso a un arma de fuego y otros acontecimientos vitales estresantes. En muchos casos, los ancianos que se suicidan han visitado a su médico de atención primaria en un periodo de pocos días antes del suceso. Por lo tanto, es importante que los médicos indaguen sobre la ideación suicida, no habiéndose demostrado que hacerlo fomente o estimule estas ideas en los pacientes.

El diagnóstico de la depresión en los ancianos se realiza por medios clínicos, incluyendo la entrevista, la anamnesis, el examen del estado mental y la historia colateral. El uso de escalas de depresión como el Cuestionario de Salud del Paciente-9, la Escala de Depresión Geriátrica o el Inventario de Depresión de Beck puede ser muy útil para ayudar al diagnóstico y también al seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo. La evaluación física y de laboratorio es importante para considerar los factores médicos que contribuyen a los síntomas depresivos, pero a menudo no es concluyente, ya que no hay ninguna prueba específica o biomarcador disponible en la actualidad.

La depresión en la tercera edad es una patología tratable y debe ser abordada con el objetivo de lograr la remisión siempre que sea posible. Hasta el 80% de los pacientes se recuperan de un episodio depresivo con una terapia adecuada. Los tratamientos incluyen el uso de fármacos, la terapia electroconvulsiva, las terapias psicosociales, así como el tratamiento de las condiciones médicas asociadas. No hay un único fármaco preferido para la depresión en los adultos mayores, y se puede utilizar una amplia variedad de medicamentos.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Se consideran generalmente como los mejor tolerados y suelen seleccionarse inicialmente para los adultos mayores (especialmente citalopram, escitalopram y sertralina).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina/norepinefrina (IRSN) y otros antidepresivos más recientes (p. ej., mirtazapina, venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetine y bupropion).
- Nuevos antidepresivos. Hay una experiencia clínica más limitada. La vortioxetina, la vilazodona y el levomilnaciprán.
- Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa se utilizan mucho menos en los Estados Unidos, debido a una serie de problemas de efectos secundarios y de seguridad, pero aún pueden ser útiles en casos resistentes al tratamiento.

La duración habitual de una terapia antidepresiva para un episodio inicial de depresión mayor que responde al tratamiento es de unos 6 a 12 meses, pudiendo ser más largo en casos de

depresión recurrente, o precisar medicación de mantenimiento en recurrencias frecuentes o con síntomas crónicos. En esta población se requiere una precaución adicional en la dosificación y en el control de los efectos secundarios, tales como sedación, ataxia, confusión, efectos cardiovasculares... A pesar de una terapia agresiva, la depresión puede resultar resistente al tratamiento en algunos pacientes. En este caso se debe decidir si se cambia de medicación, se añade un segundo antidepresivo o se añade otro agente potenciador. Históricamente se ha utilizado la buspirona, las hormonas tiroideas o el litio. Hoy en día es más habitual añadir un antipsicótico atípico como el aripiprazol o la quetiapina, a dosis bajas. Actualmente se aconseja limitar el uso de benzodiazepinas u otros hipnóticos sedantes por los posibles riesgos que asocia su uso, incluyendo sedación, caídas, accidentes o mayor riesgo de desarrollar demencia.

La terapia electroconvulsiva (TEC) puede utilizarse de forma segura y eficaz en ancianos con depresión grave o resistente al tratamiento y en aquellos pacientes que han respondido bien a la TEC en el pasado. Suele consistir en una serie de aproximadamente 6 a 12 tratamientos durante un período de varias semanas, aunque el número de tratamientos se determina en función de la respuesta del paciente.

En comparación con los medicamentos tiene una tasa de respuesta mayor y más rápida, pudiendo estar entre el 80 y 90% de los casos. Es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con catatonia y también es una terapia muy eficaz para la depresión psicótica. También tiene varios inconvenientes, como la necesidad de anestesia general y el riesgo de deterioro cognitivo a corto plazo. Aunque la TEC puede llevarse a cabo de forma ambulatoria, muchos ancianos con problemas médicos o de fragilidad requieren hospitalización psiquiátrica para el tratamiento. Ocasionalmente puede utilizarse en otras patologías, incluyendo la manía y los síndromes catatónicos no claramente asociados con la depresión (como el síndrome neuroléptico maligno, la enfermedad de Parkinson o la demencia). En los últimos años se han introducido alternativas a la TEC para la depresión resistente al tratamiento, como la estimulación transcraneal repetitiva (EMTr), que consiste en la estimulación con una bobina magnética de una parte del córtex frontal.

Los pacientes ancianos también podrían ser candidatos adecuados para la psicoterapia. La terapia cognitivo-conductual (TCC) es una terapia basada en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento autodestructivos en el presente, en lugar de centrarse en el inconsciente o en el pasado. Los aspectos de la TCC con los ancianos pueden incluir la activación del comportamiento, el refuerzo positivo, la identificación de los puntos fuertes y el afrontamiento realista de la pérdida o la enfermedad.

La terapia de resolución de problemas es una terapia relativamente nueva y prometedora que se centra en ayudar a los pacientes deprimidos a reconocer los problemas clave de la vida y a desarrollar e implementar planes prácticos para abordarlos.

COMENTARIO

El artículo original es un artículo de revisión realizado por el departamento de psiquiatría sobre un programa de geriatría en un hospital de Usa de Louisville. Esta publicado en Primary Care de 2017, con FI de 2.97.

La depresión es una de las causas más importantes de sufrimiento emocional en las últimas etapas de la vida y también puede ser un factor que contribuye a la morbilidad de muchos trastornos médicos. Los ancianos deprimidos a menudo experimentan una marcada disminución de la funcionalidad y de su calidad de vida. El aumento de la mortalidad, tanto por suicidio como por enfermedades médicas, es también un importante concomitante de los trastornos depresivos en la tercera edad. La depresión en los adultos mayores puede ser más persistente que la depresión en etapas anteriores de la vida, y a menudo tiene un curso crónico y recidivante. La depresión clínica no forma parte del envejecimiento normal, sino que debe considerarse una enfermedad

médica tratable, aunque ciertamente puede estar asociada a problemas del envejecimiento, como la pérdida, el duelo y la enfermedad física.

El "anciano" es un grupo poco definido, pero aquí se utiliza para aquellos pacientes de más de 80 años. El uso de los 65 años como inicio de la vejez en medicina es arbitraria. Muchos de estos pacientes, que por lo demás están sanos, pueden no requerir asistencia por parte de la medicina geriátrica y psiquiátrica.

Las últimas etapas de la vida se pueden relacionar con múltiples patologías médicas, y éstas frecuentemente suelen asociar síntomas depresivos. Los accidentes cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, la enfermedad de Alzheimer (EA), la enfermedad de Parkinson, la artritis y las fracturas se asocian a síntomas depresivos o a una enfermedad depresiva. Esta interacción entre la depresión y las enfermedades médicas puede ser bidireccional. La depresión parece contribuir a la morbilidad y mortalidad de ciertas enfermedades cardiovasculares y puede ser también una consecuencia de éstas.

La depresión en la tercera edad precisa un manejo multidisciplinar, en todos los niveles de atención médica, desde la atención primaria a la especializada, incluyendo el uso de tratamiento farmacológico adecuado, la psicoterapia e incluso la utilización de la terapia electroconvulsiva. Se deben tener en consideración las peculiaridades de estos pacientes, su situación clínica, sus antecedentes médicos y su mayor vulnerabilidad a los efectos secundarios, así como su marco social, su estructura familiar y la implicación adecuada de todos los estamentos en el manejo preventivo de situaciones autolesivas y en la evolución correcta de los tratamientos empleados.

BIBLIOGRAFÍA

Vol 4, Nº 3, Págs 160-167. 2012. Casey DA. Depression in the elderly: a review and update. Asia Pac Psychiatry. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00191.x>

Vol 58, Nº 3, Págs 249-265. 2003. Blazer D. Depression in late life: review and commentary. Gerontol A Biol Sci Med Sci. Doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

Vol 8, Nº 3, Págs 140-149. 2009. Alexopoulos GS, Kelly RE. Research advances in geriatric depression. World Psychiatry. Doi: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00234.x>

AUTOEVALUACIÓN

1. Indicar la respuesta incorrecta con relación a los criterios del DM-5 para definir la depresión mayor:

- a) Sintomatología depresiva durante un período mayor de dos semanas.
- b) Presentar un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés, anhedonia.
- c) Presentar trastornos del apetito o del sueño (pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o hipersomnia)
- d) En sus criterios no se hace ninguna distinción en función de la edad.
- e) Se excluye a las personas que han sufrido un duelo reciente.

2. Los factores de riesgo para el suicidio a tener en cuenta en la población anciana incluyen todos los siguientes, salvo uno:

- a) Muerte reciente de un cónyuge.
- b) Su médico de Atención Primaria ha indagado recientemente sobre su ideación suicida.
- c) Acceso a un arma de fuego.
- d) Asociar acontecimientos vitales estresantes.
- e) Vivir solo.