

DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

O. INTRODUCCIÓN

El principal problema psicológico que se plantea al individuo que llega a la vejez, es cómo lograr adaptarse a esta nueva situación existencial; por ello, en expresión de Minkowski (1), "se puede envejecer bien o mal". La adaptación a esta nueva situación depende de factores intrínsecos (circunstancias biológicas y sociales del envejecimiento) y extrínsecos (entorno ambiental) (2).

La sensación de inseguridad aumenta en la vejez. Este sentimiento de inseguridad se encuentra alimentado por factores tan diversos, como dificultades económicas, modificaciones en el modo de vida, restricción del entorno social y aislamiento, muertes de familiares y amigos, menor autonomía psico-física, etc. Estos hechos originan vivencias angustiantes, que se traducen en manifestaciones psicológicas como: rigidez, dogmatismo, desconfianza, egoísmo, etc.

En el entorno social del anciano se producen cambios importantes, que afectan a las relaciones conyugales, a las relaciones entre padres e hijos y a las relaciones sociales en general. Las dificultades de adaptación a estos cambios que ocurren en la vejez, provocan un abatimiento psicológico del viejo y pueden originar una enfermedad depresiva. La cercanía de la muerte tiene importantes connotaciones psicológicas y la concreción personal de la misma se acepta con dificultad y, en muchos casos, con tristeza y desasosiego.

Estas especificidades de la vejez, favorecen la aparición de depresiones de inicio

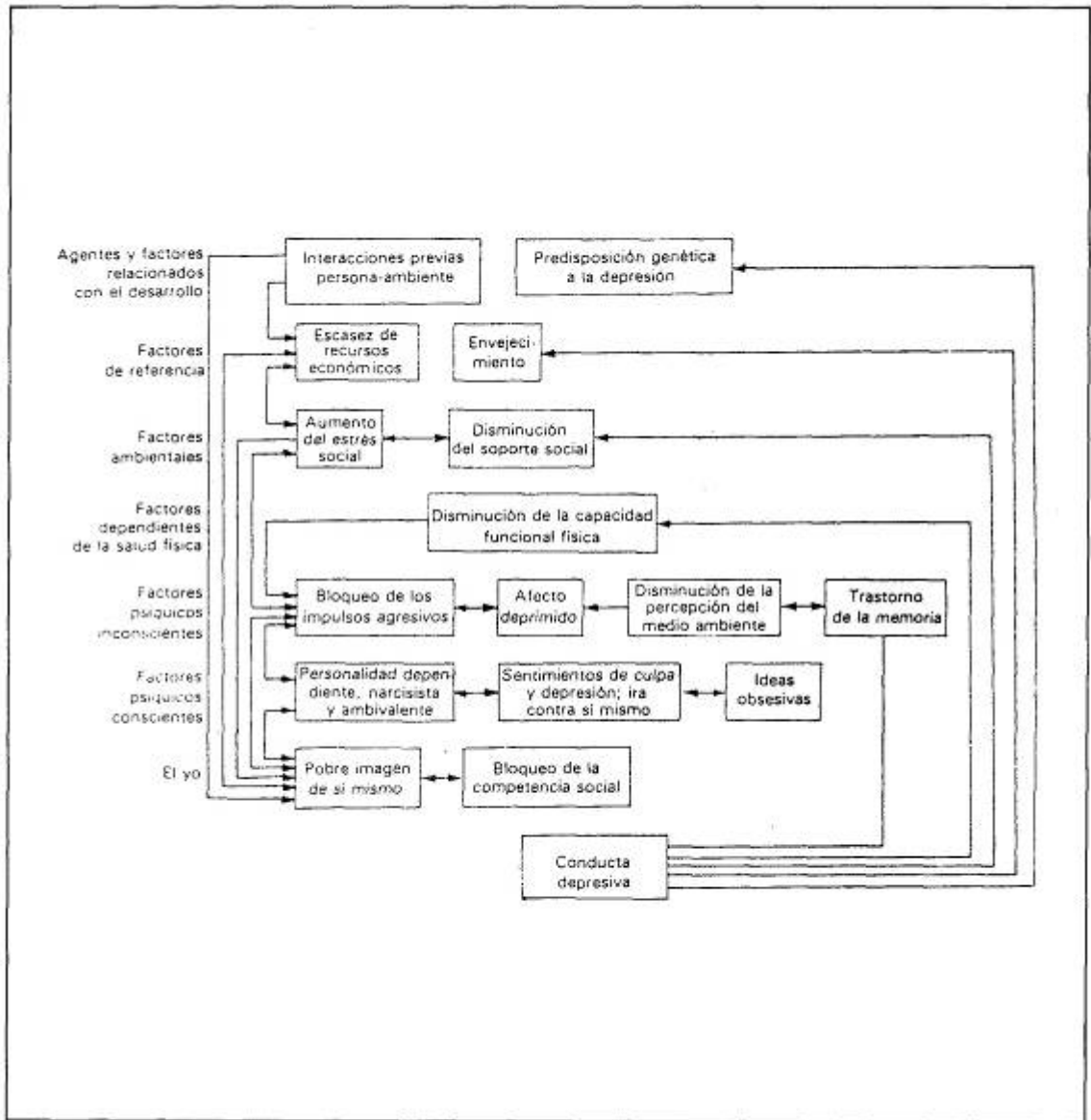
tardío o descompensan enfermedades depresivas, padecidas desde la juventud o desde la madurez. Por todo ello la prevalencia de depresiones en la vejez es alta. En ocasiones envejecimiento y depresión tienden a confundirse y concatenarse. Pero la depresión no es "normal" en la vejez. La mayoría de los viejos se encuentran bastante satisfechos de su envejecimiento, y sólo experimentan fluctuaciones menores de su afectividad.

La característica esencial de la depresión es un "humor deprimido, con pérdida de interés y placer en la realización de las actividades y pasatiempos habituales" (3). Los síntomas depresivos están acentuados en los viejos, pero el médico ha de tener en cuenta que la enfermedad depresiva es distinta de las fluctuaciones diarias del estado de ánimo y, sobre todo, que la depresión es tratable.

1. ETIOLOGÍA. BASES BIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN EN EL VIEJO

1.1. Etiología

Se ha buscado sin éxito un "agente" externo como responsable del trastorno. En el cuadro etiológico entran a formar parte múltiples factores, incluyendo agentes vivos o químicos (gérmenes, fármacos), emociones, conocimientos y ambiente social. En la figura 1, tomada de Blazer (4), se muestran algunos de los componentes que forman parte de la etiología. La genealogía de la depresión puede considerarse como una



red, cuyos orígenes y complejidad escapan a nuestra comprensión.

1.2. Bases biológicas y psicosociales

Hipócrates ya sugirió que los trastornos mentales se debían a los cuatro humores de la antigua bioquímica, y que la melancolía estaba causada por la bilis negra (5). El conocimiento actual de la función cerebral sugiere que el comportamiento organizado procede de la transmisión de impulsos a través de intrincadas redes neuronales. Las interconexiones son extensas, y consisten fundamentalmente en sinapsis químicas, cada una de las cuales ofrece un punto potencial para establecer o modifi-

car determinado circuito neuronal (6). Las sinapsis parecen constituir el proceso anatómico por el que se transfiere la información. Así pues, tanto la emoción como el conocimiento tienen un posible sustrato biológico: la transmisión de información desde una célula nerviosa a otra. A partir de este concepto se está investigando en las vías metabólicas de los principales neurotransmisores y se ha teorizado sobre la existencia de cambios funcionales en el sistema límbico y en el hipotálamo, atribuyendo posibles localizaciones al desarrollo de trastornos afectivos.

La predisposición genética es un hecho corroborado. El riesgo de padecer trastornos afectivos aumenta en los familiares de

enfermos depresivos, alcanzando un riesgo del 23 % en gemelos dicigóticos y del 68 % en gemelos monocigóticos (7).

También los trastornos endocrinológicos favorecen la aparición de enfermedad depresiva. Así, son favorecedores el exceso de cortisol, el hipotiroidismo y el déficit de estrógenos. La portación del sistema endocrino, más relevante desde el punto de vista de la depresión es el eje hipófisis-suprarrenal. Las tensiones físicas y psíquicas estimulan ese eje.

La alteración del ritmo circadiano del sueño y el consiguiente aumento del nivel catecolaminas durante la noche, ha servido de hipótesis como causa de depresiones en ancianos (8).

La desesperanza y la ansiedad que pueden presentarse como respuesta al deterioro psico-físico-social es un aspecto de la psicología del anciano, que se asocia a enfermedad depresiva. La pérdida de autonomía del anciano dificulta su adaptación al medio social, favoreciendo la producción de trastornos afectivos.

La sociedad actual concede un menor apoyo social a los viejos que a otros grupos de edad, lo que puede provocar un aumento del stress social. Son factores sociales stresantes para el viejo, la falta de un papel específico a jugar en la sociedad actual, la pérdida de poder adquisitivo, la existencia de una definición cultural preconcebida de la vejez, el mayor riesgo de muerte de familiares, amigos y, también, el mayor riesgo de padecer su propia muerte. Los viejos tienen una pérdida de aptitudes perceptuales, lo que les hace más vulnerables. Los problemas de salud y familiares son más frecuentes, lo que origina un mayor riesgo de institucionalización. Estos factores sociales se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedad depresiva.

La etiología de la depresión en la vejez no puede limitarse a un modelo simple de cambios neurofisiológicos. Estas modificaciones se producen en el contexto de un sistema abierto, que interactúa con los conocimientos de la persona y con el medio ambiente.

2. CLÍNICA

El anciano deprimido puede expresar su enfermedad de muy diferentes mane-

ras. Por lo tanto la sintomatología va a ser muy diferente de un caso a otro. En el aspecto funcional pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc. En el aspecto físico pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad.

Estos pacientes tienen unos signos observables que en su aspecto presentan una postura inmóvil, cara triste, son hostiles y a veces suspicaces, pueden estar confusos, son poco colaboradores y, en casos graves, pueden presentar un aspecto desaliñado y babeo. Se puede objetivar un adelgazamiento o una impactación fecal. Los movimientos son lentos y gesticulan poco. La marcha es lenta y torpe. En casos graves, pueden llegar al mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se retuercen las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante. A veces el comportamiento es anormal con intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás.

En la mayoría de las ocasiones los cuadros no son tan floridos y se presentan de forma más enmascarada. En el viejo predomina la tendencia a somatizar (refieren estreñimiento, insomnio, dolores, etc.), mientras que en los jóvenes es más frecuente el sentimiento de culpa. Las ideas de suicidio son menos frecuentes en los viejos que en los jóvenes, pero los intentos reales de suicidio son más frecuentes. El sentimiento de inutilidad es frecuente en los viejos.

3. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA

Se basa primordialmente en la entrevista con el anciano. La historia clínica debe orientarse a conocer los síntomas ya señalados, la forma de comienzo de la enfermedad, la posible existencia de factores favorecedores o desencadenantes de la depresión, la existencia de antecedentes personales, el entorno social del paciente y la toma de medicación potencialmente favorecedora de enfermedad depresiva (reserpina, propranolol, tranquilizantes, etc.).

En cuanto a estado mental se debe valorar la conciencia, el afecto, el humor, el comportamiento, la actividad psicomotora, el pensamiento, la capacidad perceptiva, las ideas de autodestrucción, etc. En la Residencia de Ancianos Zorroaga evaluamos la depresión mediante la aplicación conjunta de la Escala de depresión de Yesavage y la Escala de Zung modificada por Pejenaute. La aplicación de estas Escalas es de gran utilidad para el diagnóstico y seguimiento evolutivo de la depresión. En la actualidad estamos trabajando con una Escala simplificada de depresión que hemos creado para ancianos institucionalizados. La aplicación de estas escalas también permite caracterizar mejor la depresión, de cara a la aplicación de uno u otro tratamiento. Es importante conocer si en la depresión predomina un humor depresivo, un trastorno de ansiedad, una inhibición psicomotora o trastornos funcionales.

Mediante la exploración física deben despistarse trastornos endocrinológicos, infecciones, déficits neurológicos, cardiopatías o neoplasias.

Entre las pruebas de laboratorio puede ser necesario realizar un hemograma, un ionograma, urocultivo, determinación de B₁₂ y ácido fólico, determinación de hormonas tiroideas o VDRL. La TAC y EEG tienen contadas indicaciones (primordialmente despistaje de masas ocupantes de espacio cerebral).

4. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La depresión es la gran "simuladora" de las enfermedades y por lo tanto el diagnóstico diferencial debe realizarse con todos aquellos procesos que pueden presentarse de forma similar. Los procesos que más frecuentemente se pueden confundir con una depresión son los siguientes:

1. Trastornos mentales de causa orgánica

a) Demencia: La depresión puede presentarse en forma de pseudodemencia. La demencia suele tener un comienzo insidioso y difícil de determinar, los síntomas suelen ser de larga duración, tienen fluctuaciones del humor y del comportamiento, el paciente tiende a ocultar sus incapacidades y el trastorno cognoscitivo se presenta estabilizado. En la depresión el comienzo del cuadro está más definido y es más

rápido, los síntomas son de más corta duración, el humor es constantemente depresivo, el paciente resalta sus incapacidades (responde: "no sé") y el trastorno cognoscitivo se presenta más fluctuante.

b) Alteraciones mentales producidas por drogas: Pueden estar inducidas por barbitúricos, hipnóticos, sedantes, guanetidina, reserpina, propanolol y también la ingesta continuada de alcohol puede presentarse como una enfermedad depresiva.

c) Alteraciones afectivas secundarias a hipotiroidismo, S. de Cushing, cánceres de origen digestivo (cáncer de páncreas), déficit vitamínico de Vit. B y ácido fólico, meningioma frontal, infecciones urinarias o respiratorias, anemias y, en general, cualquier proceso orgánico que produzca un trastorno afectivo.

2. Otros trastornos psiquiátricos

a) Paranoia: Tiene un fuerte componente obsesivo.

b) Ansiedad: La neurosis de ansiedad se presenta acompañada de humor depresivo.

c) Situaciones de difícil adaptabilidad con humor deprimido.

d) Trastornos de la personalidad en el anciano: Como narcisismo, dependencia, etc.

e) Hipocondría: Pacientes irascibles hacia el exterior, con numerosos síntomas y molestias de los que les gusta hablar y que tienen una larga persistencia en el tiempo. Toleran mal los efectos colaterales de los antidepresivos.

f) Situaciones de tristeza o duelo por problemas familiares o de otra índole.

g) Algunos trastornos del sueño en el anciano.

5. EVOLUCIÓN Y PRONOSTICO

Los trastornos depresivos en la vejez tienden a la persistencia y a la recidiva. Es importante hacer un seguimiento de estos pacientes durante el trastorno afectivo y aun después de haberse recuperado del mismo. Diversos estudios sobre la ancianidad han demostrado que la felicidad per-

sonal y la satisfacción en el trabajo son factores que aumentan la expectativa de vida en ancianos, por lo tanto factores predictivos de longevidad (9). Otros estudios (10) también sugieren que la satisfacción en el trabajo, los sentimientos de consecución y satisfacción y la adquisición de un nivel social alto pueden ser factores predictivos de longevidad.

Los trabajadores sociales y sanitarios que atienden a ancianos deben tener en cuenta estos hechos al llevar a cabo su labor profesional. El anciano deprimido precisa del apoyo de los demás para mejorar su calidad de vida e, incluso, para vivir más.

El suicidio es el mayor riesgo del anciano deprimido. Aunque las ideas de suicidio son menos, los intentos reales de suicidio son más frecuentes en la vejez, y sobre todo en los hombres (cuatro veces más frecuente que en mujeres) y en los mayores de 85 años. Los intentos de suicidio son más "efectivos" en la vejez que en la juventud. En viejos, cada dos o tres intentos de suicidio se produce un suicidio real, mientras que en jóvenes se consume el suicidio en uno de cada veinte intentos. Los viejos buscan el suicidio arrojándose de lugares altos (balcones, barandados, terrazas, etc.) al suelo. La mayoría de intentos de suicidio en viejos se produce de esta manera (70-80%) (11).

Son factores de riesgo añadido de suicidio la existencia de enfermedades físicas y psiquiátricas, el alcoholismo, el aislamiento del individuo, haber realizado intentos de suicidio, la hipocondriasis, el duelo y padecer enfermedades cerebrales orgánicas.

El pronóstico de la enfermedad depresiva es mejor en los más jóvenes (menores con 70 años), en ausencia de enfermedades físicas, con buenas condiciones sociales, con un comportamiento social extrovertido y en enfermedades maniaco-depresivas. Son factores de mal pronóstico, la aparición tardía del cuadro, la existencia de enfermedades físicas asociadas y la inadaptación social del individuo.

6. DEPRESIÓN EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

El anciano institucionalizado es más vulnerable y por lo tanto más proclive a padecer depresiones. En las Residencias de ancia-

nos la vida se hace rutinaria en muchos casos y además la prevalencia de enfermedades es más alta. Todo ello provoca monotonía, hastío, aburrimiento y desencadena, o descompensa, enfermedades depresivas. Los residentes que mantienen un buen estado del humor son los más válidos por sí mismos y los que mantienen unas relaciones mejores con su entorno social. Estos favorecen y explican la alta prevalencia de depresión (30-50%) en ancianos institucionalizados.

Hay residentes que refieren problemas del sueño que pueden estar motivados por las propias normas horarias del Centro. La falta de interés o la dificultad para concentrarse se suelen originar en medios ambientes estériles en iniciativas y actividades. Cuando el residente refiere una disminución de la satisfacción vital, debe ahondarse en una posible falta de comunicación social. Un medio impersonal favorece la pérdida de autoestima del anciano institucionalizado.

La depresión es más frecuente en las personas con una calidad de vida inferior, en los residentes que toman más medicamentos, en los que tienen mayores dificultades para realizar los actos de la vida diaria y en los que tienen un comportamiento social más pobre.

El personal asistencial de las Residencias de ancianos debe estimular al anciano en el mantenimiento de sus relaciones sociales, la relación entre trabajadores y residentes debe ser fluida y positiva. Para conseguir una interacción positiva entre trabajadores y residentes, se han considerado como factores favorecedores los siguientes (11): abundancia numérica de trabajadores, residentes activos e integrados en la comunidad, existencia en la Residencia de unos adecuados Servicios Sanitarios, asistencia eficaz, para realizar los actos de la vida diaria de los ancianos inválidos o imposibilitados y la realización de actividades sociales y culturales en la Residencia.

El medio ambiente constituye parte del entorno de la persona y por lo tanto influye en el humor. En las Residencias es necesario mejorar sus características arquitectónicas. La belleza física, la existencia de instalaciones sociales y recreativas, las características de seguridad del Centro, el espacio disponible y la accesibilidad desde la comunidad son elementos positivos en el

hábito residencial y constituyen un mecanismo preventivo para la enfermedad depresiva (11).

Otros aspectos positivos que se pueden desarrollar en el medio residencial, y que previenen la depresión son: ofrecer información a los residentes sobre la política sanitaria del Centro, favorecer la mejora de relaciones interpersonales y, en suma, favorecer todo aquello que mejore la calidad de vida del anciano institucionalizado (11).

7. TRATAMIENTO

La depresión en la vejez obedece a múltiples causas, y tiene, en la mayoría de los casos, una etiología multifactorial. En el tratamiento, orientado a conseguir una mejoría del estado de ánimo del individuo, deben intervenir todas aquellas personas, profesionales o no, que están en contacto con ancianos. La terapia, por lo tanto, debe tener una base de actuación multidisciplinar.

Vamos a esbozar diferentes áreas terapéuticas que se utilizan en el tratamiento de la depresión en el viejo.

1. Psicoterapia

La psicoterapia individual debe incidir en disminuir o atenuar la discapacidad o invalidez del anciano, mejorar el grado de bienestar y aumentar el grado de socialización. Existen pocas experiencias descritas de psicoterapia individual en ancianos, habiéndose realizado más trabajos de psicoterapia de grupo, sobre todo en ancianos institucionalizados, en los que se pretende mejorar las relaciones sociales, modificar comportamientos anormales, conseguir una mayor participación del anciano en aspectos de ocio y ocupación del tiempo libre y, en suma, remotivar al individuo en la propia vivencia de su vida.

2. Terapia ocupacional

Constituye uno de los medios de actuación de la psicoterapia de grupo. Mediante la realización de trabajos en grupo se pretende mejorar las relaciones sociales, el entorno social y la autoestima del anciano deprimido. La terapia ocupacional puede utilizarse también como mecanismo de prevención de la depresión o de la mala adaptación, que ocurre en muchos ancianos que ingresan en una residencia.

3. Terapia familiar y comunitaria

Los ancianos que viven en su medio habitual (familia, comunidad) precisan del apoyo de su entorno para superar la depresión. La familia y los amigos deben estimular al anciano a mejorar su nivel de autoestima, deben animarle a salir a la calle y a relacionarse con otras personas, deben ofrecerle cariño y comprensión, pero no un exceso de protección.

En ancianos institucionalizados deprimidos, la asistente social debe procurar mejorar las relaciones del anciano con su familia. La asistente social debe mantener un estrecho contacto con las familias de los ancianos, haciéndoles copartícipes de los problemas de los mismos y animándoles a visitarles y ayudarles a resolverlos.

4. Ejercicio físico

El ejercicio físico, por indicación médica, puede ser recomendable en algunos ancianos deprimidos. La realización de tablas de gimnasia en grupo puede mejorar las relaciones sociales. La realización de técnicas de relajación y los paseos ayudan a mantener la postura, e indirectamente pueden mejorar el nivel de autoestima. El fortalecimiento muscular aumenta el grado de bienestar y disminuye los síntomas depresivos y funcionales.

5. Alimentación y nutrición

Las deficiencias nutricionales son una complicación frecuente de la enfermedad depresiva. Es conveniente realizar una historia dietética de la persona. Algunos ancianos deprimidos tienden a comer en exceso, otros sólo desean productos lácteos (regresión a primera infancia), y otros evitan la carne y los huevos (sensación de miedo y culpabilidad). Deben favorecerse sus deseos, pero también la ingesta de una dieta variada. Debe evitarse, en lo posible, la utilización de tratamientos drásticos (sonda nasogástrica) en los pacientes que se niegan a ingerir alimentos.

Se pueden recomendar como sugerencias "favorecedoras": sazonar las comidas al gusto de la persona, favorecer la elección de menú, mejorar el ambiente durante la comida, y que la familia o el personal que le asista le ayude a comer si lo precisa.

6. Terapia electroconvulsiva

Está indicada en pocos casos de ancianos. Debe indicarla un médico psiquiatra. Se precisa autorización del paciente. En algunos casos está contraindicada, y su aplicación precisa de unas precauciones.

7. Terapia farmacológica

La aplicación de escalas de depresión (Yesavage, Zung, Zorroaga) permite definir mejor la depresión en sus características de ansiedad, humor triste, inhibición o trastornos funcionales. Esto permite en cada caso utilizar el tratamiento más adecuado. Los tratamientos más utilizados son los siguientes:

a) **TRICICLICOS:** En muchos casos son el medicamento de elección. Poseen un efecto anticolinérgico que se debe valorar en cada caso por los riesgos que conlleva, en cuanto a efecto cardiotóxico, estreñimiento, retención de orina, glaucoma, etc. Las dosis a utilizar son menores en los ancianos que en los adultos. Los más utilizados son: la imipramina (Tofranil), que tiene un importante efecto antidepresivo y moderado como desinhibidor, y la amitriptilina (Tryptizol), con potente efecto antidepresivo y sedativo.

b) **CUATRICICLICOS:** Poseen menor potencia antidepresiva, pero también sus efectos secundarios son menores. Entre ellos se puede señalar la maprotilina (Ludiomil) y la Viloxacina (Vivarint). Como los tricíclicos también producen sequedad de boca (efecto anticolinérgico). La mianserina (Lantanon), tiene moderado efecto antidepresivo, sedativo y desinhibidor.

c) **LITIO:** Sus niveles tóxicos están cercanos a los niveles terapéuticos. Existe riesgo de intoxicación. Pueden provocar diarreas o tensión arterial elevada. Se utilizan poco en ancianos.

d) **BENZODIACEPINAS:** Se utilizan con frecuencia para el tratamiento de la ansiedad. El prototipo ha sido el diacepan (Valium), pero en la actualidad existen en el mercado farmacéutico otros derivados que son más útiles para su uso en viejos, por ejemplo el Loracepan (Orfidal).

e) **ANTIPSICOTICOS:** En la depresión el más utilizado es la tioridacina (Meleril), pero debe usarse con mucha precaución asociado a tricíclicos, ya que se asocian los efectos anticolinérgicos de ambos y el

riesgo de efectos indeseables es mucho mayor.

La alta prevalencia de la depresión en el anciano y el deterioro de calidad de vida que produce debe motivarnos a todos, principalmente a quienes trabajamos con viejos, a cooperar con el anciano para superar su enfermedad. Se considera que la alta prevalencia de la depresión es, en parte, consecuencia de la sociedad en que vivimos; como miembros de la misma tenemos una corresponsabilidad en su génesis y también el deber de ayudar al viejo deprimido a mejorar su estado de ánimo.

Juanjo Calvo Aguirre

Médico Geriatra
Residencia "Zorroaga"
Donostia-San Sebastián

BIBLIOGRAFÍA

1. **MINKOWSKI, E.** "Aspects psychologiques de la vieillesse". *Evo/. Psychiatrique*, 1951; 16: 49-72.
2. **PRENDES, R.** "Las características psicológicas del anciano y la adaptación a la vejez". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1978; 5: 417-428.
3. **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.** "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (edit. 3). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1980.
4. **BLAZER, D. G.** "Epidemiology of mental illness in late life". *Handbook of geriatric psychiatry*. New York, 1980; 262.
5. **ADAMO, F.** "The genuine works of Hipócrates". Baltimore. Williams & Wilkins, 1939.
6. **ROBERTS, E.; HAMMERSCHLENG, R.** "An overview of transmission". En Albes R. W. et al. (eds.) *Basic neurochemistry*. Boston. Little Brown y Co, 1972; 83-88.
7. **PRICE, J. S.** "Genetic and Phylogenetic aspects of mood variation". *International Journal of mental health*, 1972; 1: 124.
8. **PRINZ, P. IM. et al.** "Circadian variation of plasma catecholamines in young and old men: relation to rapid eye movement and slow wave sleep". *Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 1979; 49: 300.
9. **PALMORE, E.** "The relative importance of social factors in predicting longevity". En Palmore, E. y Jeffers, F. C. (eds.). *Prediction of Ufe span*. Lexington, Maas.: Health Lexington Books, 1971.
10. **QUINT, J.; CODY, B.** "Preeminence and mortality: longevity of prominent men". *Statistical Bulletin of the metropolitan Ufe insurance Company*, 1968; 2: 2-5.
11. **BLAZER, D. G.** "Síndromes depresivos en geriatría". Edic. Doyma. Barcelona, 1980.