

DIRECTORIO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma

Director del Programa de Salud del Adulto y el Anciano

AUTORES

Dra. Margarita Becerra Pino

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera

Lic. Ger. Edgar A. García Fuentes.

Dra. Ana Luisa Sosa Ortíz

Dra. María Esther Lozano Dávila

Lic. Ger. Lucía Mercedes Medina Sevilla

Dra. Ana María Olivares Luna

Dra. Yolanda Osio Figueroa

Dra. Zoila Trujillo de los Santos

COAUTORES

Dr. Carlos Humberto Álvarez Lucas

Dr. Juan Carlos Álvarez Mejía.

Dra. Lylia Berthely Jiménez

Dr. Rafael Camacho Solís

Dr. Carlos Humberto Gámez Mier

Lic. Martha García Flores

Dr. Lorenzo Fuentes

Dr. Leopoldo Fco. Javier Casillas

Dr. Raúl Mena López

Dra. Yolanda Moreno Castillo

Dr. Armando Pichardo Fuster

Gral. Brigada Dr. Víctor M. Rico Jaime

Dr. Antonio Rosales Piñón

Dra. María de Lourdes Tokunaga Bravo

Lic. Beatriz Vásquez Cuarto

CRÉDITOS

Cartel de la portada:

Título: “Que no se queden solos”

Cortesía: Concurso de Carteles CONAEN y UVM.

Alumnos: Rosa Guadalupe Flores Rosales, Marina

Cisneros Castro, Mariana Cisneros Castro.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Araceli Arévalo Balleza

T.S. Rogelio Archundia González

Lic. Erica Tania Chaparro González

C. Evangelina Escobar Moreno

Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
Programa Nacional de Atención al Envejecimiento
Publicación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento

Si desea mayor información favor de comunicarse a:
Tels: (55) 26 14 64 39 y (55) 2614 64 40
E – mail: adulto_anciano@salud.gob.mx
www.salud.gob.mx

SECRETARIA DE SALUD

© 2010 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS
PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES.
Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención.
Depresión en la Persona Adulta Mayor

ISBN

Coordinadores de Obra:
Dra. María Esther Lozano Dávila.
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera.

Calle: Benjamin Franklin # 132 , 2º. piso.
Col: Escandón 2ª sección.
Del: Miguel Hidalgo. México D.F. 11800

DEPRESIÓN EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

Programa Nacional de Atención al Envejecimiento

INTRODUCCIÓN

La depresión es el trastorno del estado del ánimo más común en la persona adulta mayor. Sus manifestaciones clínicas y complicaciones potenciales van más allá de la esfera de la salud mental, impactando en la salud general, la funcionalidad del individuo y por supuesto en su desempeño social.

Debido a una serie de prejuicios y estereotipos de los cuales incluso el personal de salud no está exento de proveer, la depresión, es un trastorno poco diagnosticado y menos aún tratado. Esta serie de ideas erróneas llegan a su máxima expresión en la persona adulta mayor, en la cual se considera equivocadamente que dicho padecimiento es un estado normal en la etapa de la vejez.

En la persona adulta mayor, a diferencia de individuos más jóvenes, la depresión con frecuencia se presenta de forma enmascarada, bajo múltiples quejas somáticas que la encubren. Dolor crónico e inespecífico, insomnio, hiporexia y pérdida ponderal pueden ser la primera manifestación de un episodio depresivo.

Una deficiente información sobre la importancia que reviste la detección temprana de la depresión en la persona adulta mayor, se verá reflejada en una alta discapacidad asociada a este padecimiento, sobre todo si se toma en cuenta que el adulto mayor suele estar en una situación de vulnerabilidad aumentada desde todos los puntos de vista y por lógica con una dificultad mayor para atender este problema de salud por sí mismo. A este respecto se hace incapie que si bien la depresión es un problema de salud que requiere de un manejo multidisciplinario, es indispensable que a la par del tratamiento farmacológico, se sumen la psicoterapia y por supuesto el apoyo familiar para la buena evolución del paciente geriátrico deprimido.

Por lo que es muy importante informar, sensibilizar y capacitar al equipo de salud, en todos los niveles de atención para detectar y tratar este padecimiento, ya que un elevado número de individuos con depresión no acude a solicitar ayuda médica por sintomatología depresiva, sino que en muchas ocasiones lo hace ante una patente

baja de su funcionalidad o deterioro de su estado general de salud, esto se suma al hecho de que la depresión puede pasar desapercibida por la razones expuestas con anterioridad.

El objetivo de esta guía, es proporcionar información sobre cómo reconocer, detectar, tratar adecuada y oportunamente la depresión en la vejez; así como evitar sus posibles complicaciones e impedir que evolucione hacia la cronicidad y resistencia.

DEFINICIÓN

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA), define a la depresión como un trastorno del estado del ánimo o falta de interés o placer en todas las actividades, con síntomas asociados; por un período mayor a 2 semanas. El paciente con depresión experimenta falta de interés y placer en desarrollar las actividades que antes le representaban una satisfacción. Sintomatología asociada la constituye: pérdida o ganancia ponderal significativa, alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), falta de energía (anergia), disminución de concentración, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

La Organización Mundial de la Salud, propone que el enfermo que la padece sufre de: humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, que lo lleva a disminuir su nivel de actividad y a sentir cansancio exagerado aún después de un esfuerzo mínimo.

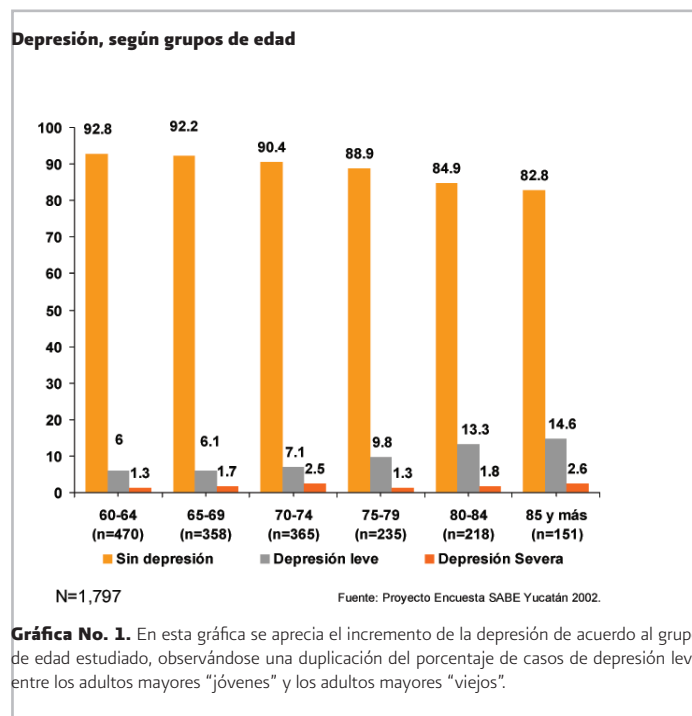
MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Los trastornos mentales en la población adulta mayor abarcan un 12.3% de la población general mayor de 60 años, entre estos, la depresión se considera como el trastorno mental más común.

De acuerdo a la presentación clínica de la depresión, se considera que el episodio depresivo mayor aparece en el 1% a 3% de las personas adultas mayores. Mientras que de 8% a 16% de los ancianos presentan en algún momento de su vida sintomatología depresiva, clínicamente significativa.

Las cifras mencionadas anteriormente han sido estimadas en personas adultas mayores que viven en la comunidad; sin embargo, en personas residentes de unidades de larga estancia geriátrica se estima que los porcentajes sean mayores, por ejemplo, en ciertos grupos de personas adultas mayores con comorbilidad sobre todo de tipo psicogeriatrico, como la demencia tipo Alzheimer; la depresión mayor se presenta en cerca del 30%, de los casos, lo que contribuye a un mayor deterioro de la calidad de vida del paciente, cuidadores y familiares.

En nuestro país, el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento realizado en Yucatán, señala que la depresión de leve a severa se presenta en el 10.1% de la muestra estudiada, con una clara tendencia a incrementarse con la edad del grupo poblacional estudiado, siendo esta aseveración estadísticamente significativa ($\chi^2 = 21.11$; $p = 0.001$). No se encuentra diferencia según el género ($Z = 1.37$); sin embargo es necesario precisar que la tendencia hacia la feminización de la población envejecida, hace notar a la depresión como un trastorno común en las mujeres adultas mayores. (Gráfica 1)



En cuanto a acciones de detección de la depresión en personas adultas mayores usuarios de los servicios de la Secretaría de Salud en nuestro país, según el Sistema de Información en Salud (SIS), datos preliminares para el final del 2009, reportaron que durante dicho año, se realizaron un total de 809,473 detecciones a través de la aplicación de la herramienta clínicométrica, conocida como “Escala de Depresión Geriátrica” (Geriatric Depression Scale o GDS) de Yesavage. Entre las detecciones con resultado positivo para la presencia de un episodio depresivo, se encontró un gran total de 67,974 personas adultas

mayores. De las anteriores, 17,908 pertenecieron al género masculino, mientras que 50,066 eran mujeres. Dicho en otras palabras, se puede comentar que del gran total, el 8.39% de las personas adultas mayores son portadoras de sintomatología depresiva. La trascendencia de las cifras anteriores reflejan el interés que se ha tomado en las últimas fechas por establecer una detección y atención temprana y oportuna a los trastornos del estado del ánimo en el adulto mayor desde el primer nivel de atención, lo que significa dar celeridad a los procesos diagnóstico terapéuticos conducentes a la resolución de un padecimiento de gran trascendencia y causante de discapacidad severa como es la depresión en el paciente adulto mayor.

CLASIFICACIÓN

En la actualidad, son dos las fuentes documentales clínicas y estadísticas más aceptadas que definen con base a criterios universalmente establecidos, la presencia de un episodio depresivo:

1) El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) de la Asociación Psiquiátrica Americana

2) La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la práctica clínica, las clasificaciones existentes describen la depresión en niños y adultos, omitiendo en forma particular la descripción de la persona adulta mayor, quién presenta un cuadro clínico distinto, especialmente cuando la depresión es de inicio tardío.

De acuerdo al DSM-IV-TR la depresión puede incluirse de forma práctica, dentro de varias clasificaciones a considerar:

- De acuerdo a su etiología, en depresión primaria y secundaria.
- De acuerdo a su evolución en trastorno depresivo menor y mayor.
- De acuerdo a su intensidad en leve, moderada y severa.

Se considera depresión primaria a aquella que se presenta sin que haya como antecedente de la misma, otro proceso mórbido que le dé origen, en tanto que la depresión secundaria es el resultado de un proceso patológico precedente.

La evolución del episodio depresivo es un distintivo importante para calificarlo como depresión menor o mayor. Según la fuente referida, el trastorno depresivo menor es conocido también como “distimia” o “trastorno distímico” el cual se caracteriza por tener un curso crónico, con abatimiento del estado del ánimo la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos dos años.

Como vemos, la Distimia presenta síntomas más o menos similares a la Depresión mayor, pero que se diferencian entre sí respecto a:

Tipo de evolución: el estado de ánimo depresivo es crónico (no presenta intervalos libres de síntomas o mejorías significativas) y dura por lo menos 2 años.

Severidad de los síntomas: los mismos suelen ser leves o moderados, sin una alteración significativa de las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo.

Por otro lado, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios agudos, donde los síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad del paciente. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten (Depresión Mayor Recurrente) suele haber por lo menos un intervalo libre de síntomas, de dos meses, entre uno y otro.

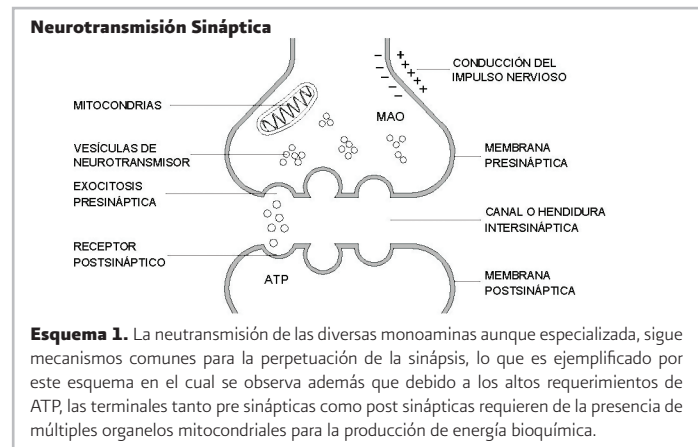
En cuanto a la severidad del episodio depresivo, es prudente comentar que de acuerdo a la realización en el paciente de escalas clínicas para la detección de sintomatología depresiva, como es el caso de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale) o GDS, de acuerdo a la puntuación obtenida se puede clasificar la intensidad del episodio depresivo como de leve, moderada y severa.

FISIOLOGÍA DE LA NEUROTRANSMISIÓN

En las décadas recientes el estudio de las neurociencias ha avanzado de forma significativa. Hablando específicamente de la fisiología de la neurotransmisión, es importante un breve recordatorio de la misma, para la adecuada comprensión de los diversos procesos fisiopatológicos que se dan en la depresión, por lo que es necesario sentar bases claras y concretas sobre la fisiología neuronal y así comprender dichos procesos fisiopatológicos y por consecuencia las bases de su tratamiento.

Para que se dé una adecuada transmisión de las señales nerviosas es indispensable la integridad y adecuado funcionamiento neuronal.

Las neuronas se comunican por medio de una serie de impulsos electroquímicos denominados "sinapsis". La conducción del impulso nervioso modifica la carga eléctrica tanto del medio interno como del medio externo de la neurona. Esta reacción permite la salida de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y dopamina de los organelos denominados "vesículas de neurotransmisor". Los que provoca la degranulación de dichas estructuras hacia el espacio, canal o hendidura intersináptica (todos estos términos son sinónimos). El flujo de dichos neurotransmisores de la membrana presináptica a la membrana postsináptica es el proceso básico dependiente de adenosintrifosfato (ATP), que perpetúa la transmisión del impulso nervioso. (Esquema 1)



Por lo comentado anteriormente, se puede inferir que para el adecuado funcionamiento de la sinapsis, es necesaria la producción y liberación de neurotransmisores, los cuales se encuentran formando un sistema de sinapsis complejo y complementario. Entre los neurotransmisores que se pueden identificar hoy en día tenemos, en primer término, a la acetilcolina que fue el primer neurotransmisor en ser descubierto y cuyas acciones neurobiológicas son de las mejor conocidas. Entre sus funciones se tiene la estimulación muscular tanto estriada como lisa. También se encuentra en neuronas sensoriales y en el sistema nervioso autónomo.

Por otro lado, es factible asegurar que la acetilcolina juega un papel importante en la memoria y la atención, funciones mentales superiores que pueden modificarse en el individuo portador de depresión.

La norepinefrina tiene acciones directas sobre el sistema nervioso simpático incrementando la frecuencia cardíaca y presión sanguínea. Tiene implicaciones sobre la respuesta de "lucha" y "huida", en presencia de estímulos que significan una amenaza para el individuo. Otras de sus funciones es la mantener un adecuado estado de alerta y por supuesto la regulación del estado de ánimo.

Se ha encontrado que la serotonina está íntimamente relacionada con las emociones y el estado del ánimo. El déficit en la producción y liberación de serotonina se ha demostrado lleva a la depresión, problemas con el control de la ira, la génesis de ansiedad y aumenta el riesgo de suicidio. Por otro lado, la disminución en los niveles de serotonina también se han relacionado con un incremento del apetito por los carbohidratos y alteraciones en el patrón del sueño.

La alteración de uno o más de los neurotransmisores comentados anteriormente, sin duda lleva al desequilibrio de los demás. Debido a lo anterior, es posible presuponer que de acuerdo a la alteración de cada uno de los neurotransmisores encontraremos una gama amplia de manifestaciones clínicas así como por medio de esta analogía es posible discernir el mecanismo de acción de los antidepresivos de acción dual de las últimas generaciones.

FACTORES DE RIESGO (ETIOLOGÍA)

La depresión sobre todo en los adultos mayores, se considera multicausal y por ello, es prudente mencionar que las personas adultas mayores están expuestas a múltiples factores relacionados con el riesgo de padecer esta entidad nosológica como son: el incremento de las enfermedades físicas, múltiples pérdidas, condiciones psicosociales adversas y el propio envejecimiento cerebral; que contribuyen a la elevada prevalencia de este padecimiento.

La interacción entre las enfermedades físicas y la depresión es compleja, sin embargo existe una relación interdependiente entre ambas.

Factores de riesgo extrínsecos para el desarrollo de depresión

- Pobreza mala red de apoyo
- Auto percepción negativa sobre el estado de salud
- Aumento del stress social
- Malas interacciones previas persona-ambiente
- Aislamiento social pérdidas y duelos
- Relaciones interpersonales no recíprocas
- Violencia familiar, de género y edad discriminación, "viejismo" y gerontofobia

Factores de riesgo intrínsecos para el desarrollo de depresión

- Personalidad dependiente, narcisista y ambivalente
- Disminución de la capacidad funcional física
- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial sistémica
- Diabetes mellitus
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia tipo Alzheimer
- Hipotiroidismo
- Artritis reumatoide
- Linfomas
- Deficiencias de micronutrientes
- Influenza
- Cardiopatía isquémica
- Colitis
- Mastectomía
- Pluripatología
- Polifarmacia
- Adicciones diversas

Los trastornos del sueño y el dolor crónico, con frecuencia precipitan la depresión. Síntomas menos frecuentes como acufenos, prurito, vértigo, etc, pueden asociarse a episodios depresivos crónicos y ser de difícil tratamiento.

Entre los mecanismos directos que producen síndromes depresivos, resalta la enfermedad vascular cerebral, a la que se atribuye una alta incidencia de depresión y que con frecuencia se asocia a pobre respuesta al tratamiento. Así como también, la demencia tipo Alzheimer, enfermedad de Parkinson, algunos carcinomas (páncreas, pulmón o cerebro) y ciertas anomalías hormonales, por ejemplo, el hipotiroidismo. Es importante señalar que una de las causas frecuentes de depresión, es de origen farmacológico y en el caso de las personas adultas mayores la polifarmacia es casi una constante.

Ahora bien, se acepta para los adultos jóvenes, que la participación del factor genético en la depresión es primordial y hoy se sabe que el trastorno depresivo mayor es 1.5 a 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. Mientras que este factor tiene menos peso en la génesis de la depresión en el adulto mayor.

Actualmente se sabe que con el proceso normal de envejecimiento hay disminución de neurotransmisores cerebrales de tipo noradrenérgico, serotoninérgico y dopaminérgico. En particular, el sistema serotoninérgico reduce su actividad al 50% en las personas mayores de 80 años; en comparación con individuos de menor edad. También se señalan cambios neuroendócrinos propios del envejecimiento, como factores favorecedores de la vulnerabilidad para la depresión.

Si se analizan aquellos factores que influyen en el desarrollo de la depresión en la persona adulta mayor, definitivamente se observará una combinación multifactorial que le da origen. Como en otras patologías, la depresión puede ser el resultado de las características que hacen susceptible al enfermo a padecerla, o bien, de los procesos comorbidos que va acumulando en su historia de vida.

Por otra parte, el ánimo depresivo se va matizando ante la presencia de diversas pérdidas en la vejez: pérdida de empleo, jubilación o estatus, viudez, deterioro físico y económico, entre otras; mismas que repercuten en la calidad de vida y autoestima del paciente. Aunado a todo lo anterior, el miedo a padecer enfermedades, accidentes, perder autonomía, convertirse en una carga para sus seres queridos y a la muerte, representan factores que con frecuencia actúan como precipitantes de la depresión.

CUADRO CLÍNICO

La depresión es un síndrome heterogéneo de presentación clínica, que puede seguir pautas y desarrollarse de forma incompleta o atípica sobre todo en las personas adultas mayores. Se caracteriza por una serie de síntomas que comúnmente coinciden con aquellos de otros padecimientos tanto agudos como crónico-degenerativos. En términos

generales la sintomatología depresiva que frecuentemente se presenta en los ancianos es la siguiente:

- Alteraciones del patrón del sueño (insomnio o hipersomnia diurna)
- Alteraciones del apetito (anorexia o hiperfagia)
- Ansiedad
- Retardo o agitación psicomotora
- Pérdida del interés (apatía)
- Pérdida de la voluntad (abulia)
- Disminución de la energía (anergia)
- Pérdida de la capacidad de disfrute (anhedonia)
- Tristeza
- Alteración del funcionamiento cognoscitivo (particularmente atención y memoria)

El descuido en el cuidado personal y el cambio en los hábitos alimenticios o la pérdida de peso pueden ser los indicadores más precoces de la depresión.

DIAGNÓSTICO

La depresión en los últimos años de la vida, se puede enmascarar bajo un semblante sonriente y en apariencia feliz y/o ocultarse detrás de quejas somáticas múltiples y mal sistematizadas. La identificación del problema, es el primer paso para el abordaje adecuado de la depresión. La historia clínica, es el aspecto más importante de la evaluación; la detección de los síntomas característicos de la depresión en el anciano, requiere de una acuciosa observación y revisión clínica exhaustiva; apoyada con una buena relación médico – paciente. Otro de los requisitos es el interrogatorio indirecto, que si bien se aplica a la buena clínica en general, en este caso, se convierte en una herramienta indispensable.

Uno de los obstáculos para el diagnóstico oportuno de la depresión en el anciano, es la serie de prejuicios alrededor de la vejez, ejemplo de ello son las expresiones coloquiales: “es por la edad”, “ya le cayeron los años encima”, “esta chocheando”, entre otras.

Valorar el grado de funcionalidad en los ancianos, es de fundamental importancia, de ahí que la repercusión en sus actividades cotidianas como vestirse, bañarse, comer, asistencia al sanitario, continencia de esfínteres y grado de movilidad deben ser investigadas rutinariamente. A este respecto le recomendamos leer la Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención: La Clinimetría como Parte de la Valoración Integral en la Persona Adulta Mayor, publicación de la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento.

La presencia de depresión puede aumentar la probabilidad de que la persona adulta mayor llegue a desarrollar un síndrome de fragilidad y

exponerla a comorbilidades, tales como: desnutrición y desequilibrio hidroelectrolítico, caídas, fracturas y accidentes de todo tipo; así como constipación, procesos infecciosos, privación sensorial, síndrome de inmovilidad y las temidas úlceras por presión.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una multiplicidad de estados pueden confundirse con un episodio depresivo, a continuación se mencionan algunos de los más frecuentes que deben tomarse en cuenta como parte del diagnóstico diferencial a realizarse.

Tristeza: La presencia de este sentimiento es inherente a la condición humana y su sola presencia no es suficiente para establecer el diagnóstico de depresión y menos si ésta obedece a situaciones adversas del entorno, por lo tanto, aunque la tristeza comúnmente forma parte de un cuadro depresivo, no son sinónimos.

Duelo: Es una reacción ante una pérdida significativa. La duración y expresión del duelo “normal” varía entre los diferentes grupos culturales. En general, la presencia prolongada (más de seis meses) de síntomas como: insomnio, anorexia, sentimientos de culpa y dificultades en el desempeño social y laboral, junto a otros síntomas depresivos, debe conducir a considerar la existencia de un probable trastorno depresivo.

Trastorno de ansiedad: Es excepcional encontrar depresiones que no presenten ansiedad asociada. Por lo general, los síntomas de ansiedad son más evidentes que aquellos asociados a la depresión. Bajo esta óptica, una problemática común es el hecho de que el médico inicie tratamiento ansiolítico (usualmente con benzodiazepinas), sin investigar las causas subyacentes, de las cuales una de las más comunes es sin duda, la presencia de un episodio depresivo. Lamentablemente, bajo este contexto, la depresión se cronifica por no tener un tratamiento etiológico adecuado.

Enfermedades físicas: como ya se ha señalado la depresión puede presentarse encubierta por gran variedad de síntomas físicos. Por otra parte los trastornos depresivos, son frecuentes en personas que sufren enfermedades graves, crónicas y/o discapacitantes. En estos casos se pueden pasar por alto los síntomas depresivos, pues algunos son comunes a ambos tipos de padecimientos, por ejemplo fatiga o pérdida de peso.

Debe recordarse que si bien la mayoría de los individuos con enfermedades graves pueden experimentar tristeza y aflicción, no todos desarrollan un trastorno depresivo. Cuando se presenta un trastorno depresivo junto con una enfermedad física, debe darse prioridad a la patología primaria, sin dejar de lado el diagnóstico y tratamiento de la depresión, pues ello influye de manera importante en el pronóstico y evolución del estado general de salud de la persona adulta mayor.

Trastornos del sueño: Es importante tener presente que de forma común se presentan variación en las horas de sueño de las personas adultas mayores. Esto depende de su variabilidad biológica interindividual, pero también a que su sueño puede verse interrumpido por diversas causas (nicturia, dolor, apnea, disnea paroxística nocturna, etcétera) que en ocasiones favorecen la inversión del ciclo del sueño-vigilia o causan fragmentación del sueño.

Funcionamiento Cognoscitivo: El deterioro cognoscitivo, que puede definirse como la alteración de las funciones mentales superiores, es un problema que se asocia frecuentemente a episodios depresivos. Cuando esto ocurre, es importante entonces que el clínico esclarezca, en la medida de lo posible, si la presencia de manifestaciones clínicas como alteraciones de la memoria, es parte del trastorno afectivo o bien se trata de otra entidad patológica independiente como pudiera ser la demencia tipo Alzheimer.

Es posible que en casos de depresión severa, parte del cuadro clínico este compuesto con alteraciones cognoscitivas importantes, integrándose el concepto de “pseudodemencia depresiva”, ya que en algunos casos, esta entidad es indistinguible del síndrome demencial. A este respecto le recomendamos leer la Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención: Alteraciones de la Memoria en la Persona Adulta Mayor, publicación de la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, donde aborda temática afín como: “condiciones para el buen funcionamiento de la memoria”, “pérdida de la memoria”, “evaluación de los trastornos de la memoria”, etc.

COMPLICACIONES

El intento de suicidio es una de las complicaciones más temidas de la depresión; además, es prudente comentar que hasta un 25% de todos los suicidios ocurre en personas mayores de 65 años, por lo que la detección de este padecimiento se justifica como una necesidad incluso para la prevención de suicidios en este grupo etario. Imagine la siguiente situación en su consultorio de atención primaria: varón adulto mayor, viviendo solo, que haya enviudado recientemente, deprimido y posiblemente con abuso en la ingesta de alcohol, hecho que puede pasar desapercibido y considerarse normal, de entrada indica al médico la necesidad de prestar mucha atención por un posible riesgo suicida. Detectar dicho riesgo en cualquier persona adulta mayor que padezca depresión y en aquellos que sufran enfermedades físicas crónicas, se convierte en una tarea de esencial importancia clínica.

TRATAMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La mayoría de las personas que cursan con depresión pueden ser evaluadas y tratadas por el médico de primer nivel de atención, sin recurrir a los servicios especializados de primera intención. Sin embargo, en caso de duda diagnóstica y ante la concurrencia de poli patología y resistencia al tratamiento, se recomienda tomar en consideración la necesidad de interconsultar con el especialista. El psiquiatra y el médico de primer nivel, deben evaluar la severidad del trastorno depresivo, detectar los posibles factores etiológicos y desencadenantes, investigando los efectos de los tratamientos aplicados con anterioridad.

Es de vital importancia identificar y en caso necesario buscar, una red de apoyo preferentemente en: la familia, los vecinos, amigos, compadres, etcétera. Sobre todo en las primeras semanas de tratamiento, cuando puede ser de mayor dificultad el manejo del enfermo. Así como para monitorear los efectos secundarios de la prescripción y verificar el cumplimiento de las indicaciones médicas.

La persistencia de la depresión y falta de respuesta, puede ser debida a múltiples factores, entre ellos: falta de apego al tratamiento, ya sea por escepticismo, temor o desconfianza, el costo elevado de los fármacos, falta de comprensión de las indicaciones, sea por deficiencia sensorial o por comunicación inadecuada entre el médico, paciente y familia, o la misma apatía y desinterés del individuo deprimido.

Con base en la hipótesis monoaminérgica de la depresión, que propone el déficit de alguna de las tres monoaminas biogénicas: serotonina, noradrenalina y/o dopamina. Los antidepresivos actúan a estos niveles. Sin embargo, la elección de un antidepresivo, deberá ser dictada según el cuadro clínico del paciente, la experiencia clínica del médico y su familiaridad con antidepresivos disponibles en el mercado nacional.

En general, no ha podido demostrarse una clara superioridad de una familia de fármacos sobre el resto, en términos de eficacia. Es recomendable considerar el riesgo/beneficio de cada fármaco; los factores claves son: sintomatología “blanco”, eficacia, tolerancia, seguridad e interacciones farmacológicas potenciales, además del costo y disponibilidad del fármaco.

Debido a la usual polifarmacia en este grupo etario, es importante conocer la potencial interacción farmacológica de los antidepresivos y la farmacología de cada uno (farmacocinética y farmacodinamia).

También es importante que antes de iniciar terapia farmacológica en el paciente deprimido, tomar en cuenta las siguientes observaciones:

- A pesar de su alta morbilidad, la depresión en los adultos mayores solo es atendida en la mitad de los casos.
- Es frecuente que la persona con antecedentes de depresión en la juventud tenga reincidencias en la vejez.
- El tratamiento farmacológico mejora el 80% de los síntomas depresivos.
- La mayor parte de los adultos mayores mejora su sintomatología depresiva con el 50% de la dosis para un paciente joven.
- La depresión es una enfermedad con una tasa de recurrencia acumulada de 30% a dos años y 85% a cinco años.
- Incluso en casos muy especiales como los de pacientes demenciados estos se benefician importantemente del uso de la terapia antidepressiva.
- La depresión en la persona adulta mayor siempre es tratable.

El tratamiento, después de un primer episodio debería continuar por un mínimo de 6 a 12 meses, tras una recuperación de los síntomas; algunos estudios indican, que debe mantenerse por un periodo superior a dos años.

Los antidepressivos se clasifican según su efecto sobre los diferentes neurotransmisores asociados con la fisiopatología de la depresión, en:

- Antidepressivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC)
- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)
- Moduladores de la serotonina y noradrenalina (NASSA)
- Inhibidores de recaptura mixtos de serotonina y noradrenalina (IRMSN)
- Inhibidores de la recaptura de la noradrenalina (IRN)
- Inhibidores de recaptura de dopamina y noradrenalina (IRDN)

Para reducir los efectos secundarios, el médico puede iniciar con una dosis baja del medicamento e ir aumentándola lentamente, tomando en cuenta su tolerancia y respuesta terapéutica. (Cuadro 1)

Uso de antidepressivos en personas adultas mayores

Clase AD	Ejemplo	Dosis de inicio mg/día	Dosis de mantenimiento	Efecto adverso	Contraindicaciones
ATC	Amitriptilina	25	75-150	Confusión, visión borrosa, constipación, retención urinaria, hipotensión ortostática, disminución del umbral convulsivo, sedación sobre todo la amitriptilina, doxepina y maprotilina	Hipertrofia prostática, glaucoma de ángulo cerrado, Infarto del miocardio
	Imipramina	25	75-150		
	Cloimipramina	25	75-150		
	Doxepina	25	75-150		
	Maprotilina	10-25	75-150		
ISRS	Fluoxetina	10	20	Nauseas, diarrea, Cefalea, agitación psicomotriz, sedación, disminución del umbral anticonvulsivo, pérdida de peso, rash, alteración del Na/K	Uso de anticoagulantes precaución con ácido acetilsalicílico
	Paroxetina	10	20		
	Citalopram	10	20		
	Sertralina	50	100-200		
	Fluvoxamina	50	100-200		
NASSA	Mirtazapina	7.5	30-45	Sedación, aumento de peso, disminución de umbral convulsivante, mioclonos y edema	
Atípicos	Mianserina	15	30-90	Sedación e hipotensión	
	Trazodona	50	100-200		
IRMNS	Velafaxina	37.5	75-150	Hipertensión	
IRN	Reboxetina	2	4-8	Ansiedad	
IRDN	Bupoprión	150	150-300	Ansiedad, hiporexia, disminución del umbral convulsivo	Alcohol

Cuadro 1. En el presente cuadro se exponen los diversos grupos farmacológicos de antidepressivos disponibles para su uso. Hay que hacer notar que muchos de ellos como los ISRS además de eliminar la sintomatología depresiva disminuyen las manifestaciones de ansiedad en los pacientes deprimidos.

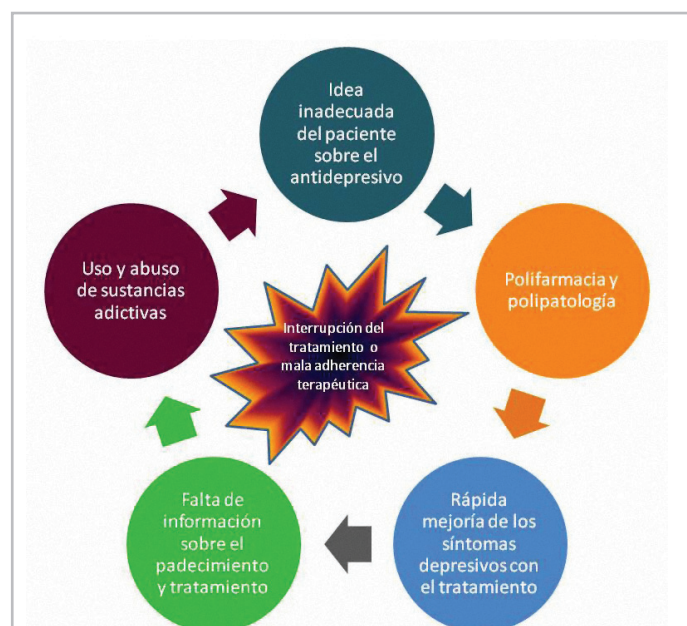
Para dar el seguimiento a la terapéutica establecida con antidepressivos es importante seguir ciertas pautas las cuales se describen a continuación: (Cuadro 2)

Uso de antidepressivos en personas adultas mayores

Alternativas	Conducta
Se discontinuó el tratamiento o se mantuvo tratamiento con dosis subterapéutica.	Reiniciar tratamiento y aclarar que los efectos adversos van disminuyendo, ajustar la dosis.
Se alcanzan dosis terapéuticas sin efectos secundarios o con efectos secundarios leves.	Evaluar mejoría y síntomas "blancos" para aumentar progresivamente las dosis y orientación sobre la evolución de la enfermedad (dosis-respuesta).
Se alcanzan dosis terapéuticas, pero con la presencia de efectos secundarios moderados.	Disminuir y mantener la misma dosis por una o dos semanas más y después subir dosis.
Se alcanzan dosis terapéuticas, pero con la persistencia de efectos secundarios severos o intolerables.	Cambiar.

Cuadro 2. La terapéutica antidepressiva adecuada requiere de vigilancia estrecha cuando menos de forma inicial y acuciosidad para evaluar las modificaciones en las dosis y grupos de psicofármacos utilizados.

La suspensión del tratamiento, o bien, la inadecuada adherencia terapéutica durante la fase de sostén es multifactorial, esto se ejemplifica a continuación (Esquema 2)



Esquema 2. Las causas de la falta de adherencia terapéutica pueden ser únicas o múltiples, la polifarmacia por lo general significa a la persona adulta mayor una serie de interacciones farmacológicas múltiples que impiden el seguimiento del tratamiento. Por otro lado, signo-sintomatología propia de algunos padecimientos crónico degenerativos puede confundirse con efectos colaterales de los antidepressivos lo que puede desencadenar interrupción del tratamiento. Fuente: Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology 6th int. Ed.2009. Realización: Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Secretaría de Salud. Calleja O.J.A., Lozano D.M.E., Olivares L.A.M., Osio F.Y., García F.E.A.

Recaída

- Entre un 10% a 20% de los pacientes presentan algunos síntomas depresivos durante las fases de mantenimiento. La presencia de estos síntomas residuales, es un fuerte indicador de riesgo de recaída.
- En la mayoría de los casos, la reaparición de los síntomas es breve, leve y autolimitada, requiriendo tan sólo el acompañamiento y el apoyo tanto de su familia como la de su médico.
- Si se presenta reaparición de síntomas progresivamente severos y prolongados (recaída), se debe reevaluar nuevamente el tratamiento y considerar la posibilidad de interconsulta psiquiátrica.

Recurrencia

- Los estudios de seguimiento de personas tratadas por una depresión muestran un considerable riesgo de recurrencia (20%) y cronicidad (hasta un 30%).
- Muchos de estos estudios sugieren que mientras más episodios depresivos se registren en el pasado, mayor será el riesgo de recurrencia.
- Si se presenta un episodio recurrente (reaparición de los síntomas, una vez terminado el periodo de tratamiento completo) se aconseja reiniciar el tratamiento, con el mismo esquema terapéutico que fue eficaz y mantenerlo durante uno o dos años.
- Si aparece un tercer episodio, se debe pedir evaluación del especialista y considerar el mantenimiento en forma indefinida.

PREVENCIÓN

Es difícil y complejo hablar de prevención de la depresión en la persona adulta mayor, ya que dependerá en mucho de los factores involucrados en su génesis y perpetuación por lo tanto, las acciones encaminadas a su prevención tanto primaria como secundaria incluyen desde la presencia de una red de apoyo adecuada para los mayores de 60 años hasta la vigilancia y control farmacológico del padecimiento tanto por el médico de primer nivel de atención como por el especialista.

Por lo expuesto anteriormente, la prevención tiene tanto el objetivo, por un lado, evitar que la persona adulta mayor sufra de este padecimiento, además de evitar recaídas, reincidencias, cronificación y complicaciones a quienes ya la padecen.

El pertenecer a grupos sociales y participar en actividades agradables, constructivas y que integran a la persona adulta mayor a estos grupos permite que aumente su capital social y disminuye la posibilidad de que la persona sufra de un episodio depresivo. Los “motivos de vida” son importantes para evitar la depresión e incluso como parte esencial para la mejora de los pacientes deprimidos, por lo que el tener una buena relación con sus familiares en mucho ayuda, tanto a evitar la depresión como a mejorar de un episodio depresivo establecido. También es prudente mencionar que para aquellas personas que cuentan con la posibilidad de acudir a un centro de día geronto-geriátrico independientemente de

que pueden tener acceso a una valoración médica es posible que se incorporen a actividades de carácter médico-social para personas con patologías especiales.

El control de los padecimientos crónico-degenerativos como diabetes, artritis reumatoide, osteoartritis, insuficiencia cardíaca, lumbalgia crónica, enfermedad de Parkinson, etc., comunes en la etapa de la vejez es indispensable para evitar que se presente depresión en estos pacientes, si bien es cierto que el tener un padecimiento crónico-degenerativo no es sinónimo de depresión como ya se analizó en párrafos anteriores de esta guía constituye un riesgo para ello.

La prevención de reincidencias y recaídas forma parte del abordaje general de este padecimiento por lo que en la prevención secundaria se debe tomar en cuenta que la vigilancia del tratamiento es indispensable, con la finalidad de:

- Evitar o disminuir la frecuencia de los episodios depresivos.
- Disminuir la duración de los mismos.
- Disminuir su intensidad.

También hay que hacer notar que la prevención del suicidio también es una perspectiva que siempre debe ser contemplada en la evolución de los pacientes con depresión donde el tratamiento del padecimiento es una línea de prevención básica.

MENSAJES QUE ESTA GUÍA PRETENDE REFORZAR

La información mejora la adherencia terapéutica y si el paciente conoce cuáles son los efectos adversos de los medicamentos y su eventual disminución, es menos probable que los suspenda. Los siguientes, son algunos elementos que pueden servir de guía de orientación para el paciente y su familia:

- La depresión no es sólo un “sentimiento de tristeza”, es un problema de salud.
- Las personas con depresión pueden mejorar por medio del tratamiento farmacológico, con psicoterapia de grupo o individual.
- La depresión no es una “debilidad del carácter”, no significa “falta de voluntad”, ni “flojera”.
- La persona que la padece, no tiene que sentirse avergonzado ni culpable por estar deprimido.
- A la persona deprimida, le cuesta mucho trabajo cumplir con sus actividades habituales. Puede pedir ayuda y no sentirse mal por ello.
- La depresión afecta: los sentimientos, el pensamiento, el estado de ánimo, la salud física y el comportamiento.
- Cuando una persona se deprime, siente que sus problemas son mucho más graves y no tiene capacidad para enfrentarlos y solucionarlos.

- La depresión puede ser el resultado de vivir situaciones que generan mucho estrés, por una predisposición heredada o por la combinación de ambas situaciones.
- El abuso de drogas y alcohol, la violencia intrafamiliar, la pérdida de un ser querido, la presencia de enfermedad crónica, separación reciente de la pareja, pérdida del trabajo, jubilación, etcétera, son condiciones que pueden favorecer el inicio y mantenimiento de la depresión.
- Los antidepresivos ayudan a disminuir los síntomas, pero no tienen un efecto inmediato. Primero hay que observar si son bien tolerados, luego aumentar la dosis y esperar su efecto en 2 ó 3 semanas, los

ancianos pueden tardar hasta 8 semanas para presentar el efecto antidepresivo.

- La mayoría de las personas que toman antidepresivos, como sucede con otros medicamentos, pueden tener algunas molestias durante los primeros días, pero éstas disminuyen al cabo de los días.
- Si se empieza a sentir mejor, no debe suspender el antidepresivo por ningún motivo, hasta que su médico se lo indique.
- Los antidepresivos no producen adicción.
- Es importante asistir a las consultas de control (y a sesiones de psicoterapia si fueron indicadas) para que la recuperación sea completa.

Probable depresión. Hacer la pregunta ¿se sintió usted más triste o deprimido en el último mes, más que de costumbre? En caso afirmativo aplicar la encuesta de "GDS modificada". Si en la escala se obtiene una calificación de 6 o más puntos canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotarlo en la CNSAM

Escala de Depresión Geriátrica Abreviada¹

INSTRUCCIONES: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido usted en el **ÚLTIMO MES**.

1. ¿Está usted, básicamente satisfecho con su vida?	si ()	No ()
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	Sí ()	no ()
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí ()	no ()
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	Sí ()	no ()
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo?	sí ()	No ()
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	Sí ()	no ()
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	sí ()	No ()
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	Sí ()	no ()
9. ¿Prefiere usted, quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	Sí ()	no ()
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	Sí ()	no ()
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo?	sí ()	No ()
12. ¿Se siente inútil o despreciable? ¿Cómo esta usted actualmente?	Sí ()	no ()
13. ¿Se siente lleno de energía?	sí ()	No ()
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	Sí ()	no ()
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que usted?	Sí ()	no ()
<p>SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYUSCULAS O NO EN MAYUSCULAS O SEA:</p> <p>SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0</p> <p>Calificación: 0-5: no deprimido; 6-15: deprimido</p>		

1. Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.