

La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria

HOSPITAL CLÍNICO- QUIRÚRGICO 10 DE OCTUBRE. LA HABANA.

Revista Médica Electrónica 2008;30(5)

La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria.

Depression in elder adults. Some considerations for its diagnosis in primary health care.

AUTORES

[Dra. Madelyn Campos Zamora. \(1\)](#)

Dra. Carmen Xiomara Hernández Cuéllar. (2)

Dra. Yenia Sotolongo García. (3)

Dr. Rigoberto Oliva Sánchez. (4)

(1)Especialista de I Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. La Habana.

(2)Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesora Instructora. Facultad de Ciencias Médicas de Cárdenas. CCSM de Cárdenas. Matanzas.

(3)Especialista de II Grado en Psiquiatría. Máster en Psiquiatría Social. Profesora Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. La Habana.

(4)Residente de Psiquiatría. Máster en Longevidad Satisfactoria. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. La Habana.

RESUMEN

El presente trabajo va dirigido a los médicos de Atención Primaria de Salud. Tiene en su contenido una breve reseña de los cambios que se producen en el envejecimiento desde el punto de vista orgánico, psicológico y social que predisponen a la aparición de la depresión en el adulto mayor. Se exponen las principales características, los criterios diagnósticos y las diferentes formas de presentación de la depresión según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Versión #-10. Se orientan las acciones para llegar al diagnóstico como: confección de la historia clínica, examen físico, indicación de complementarios más importantes y los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. Este trabajo tiene el propósito de incrementar los conocimientos para perfeccionar actitudes y desarrollar buenas prácticas en la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación psicosocial de la depresión en el Adulto Mayor.

DeCS:

DEPRESIÓN/diagnóstico

DEPRESIÓN/terapia

DEPRESIÓN/rehabilitación

ANCIANO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD HUMANOS

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso lento, endógeno, intrínseco, progresivo e irreversible, que reúne características muy específicas. Producido por cambios bioquímicos que alteran la fisiología del organismo, ocasionando disminución de las capacidades del individuo para adaptarse a estos cambios y a los relacionados con el entorno en el que se desenvuelve. (1)

Los cambios fisiológicos se producen a nivel de todos los órganos y sistemas expresándose en:

- Deterioro del aspecto físico expresado a través de los cambios en el pelo, las uñas, la distribución de la grasa y la masa muscular.
- Deterioro cognitivo (2) con afectación de: la atención, percepción, memoria, inteligencia, capacidad de análisis, síntesis y juicio crítico, que limitan la iniciativa y la creatividad del individuo.
- Deterioro del resto de los órganos internos con disminución de su funcionamiento y la aparición de diferentes enfermedades que ocasionan limitaciones, sufrimiento y que pudieran evolucionar a la muerte.

En el ambiente socio-familiar del individuo se producen una serie de cambios y pérdidas con repercusión afectiva (1,3), entre las que tenemos:

- De rol, estatus, poder adquisitivo (en el que la jubilación juega un importante papel).
- Los hijos hacen su familia, emigran.
- Mueren familiares, amigos y en ocasiones la pareja.

La vejez no es equivalente a enfermedad, pero con la edad aumenta el riesgo de contraer enfermedades (4-6) que evolucionan de forma crónica estando presente el riesgo de la muerte, por lo que es un período de crecimiento continuo emocional, intelectual y social en el que este adulto mayor necesita del apoyo de la familia y la comunidad para adaptarse a esta realidad. Esta habilidad de adaptación depende mucho de las experiencias vitales previas y de los rasgos de personalidad. Cuando la adaptación no es adecuada es frecuente el sentimiento de soledad, abandono, minusvalía y desesperanza, que los lleva de forma inconsciente a buscar ayuda y protección de familiares, amigos o del médico a través de una serie de quejas como: dificultad para dormir, dolores articulares, irritabilidad, constipación, decaimiento, entre otros, para lo cual se realizan exámenes, reciben tratamientos innecesarios exponiéndose a presentar efectos adversos (7-9) o son remitidos a otras especialidades, pasando inadvertido el diagnóstico de Depresión (9-13), que constituye una de las manifestaciones más frecuentes en esta etapa de la vida, corriéndose el riesgo de complicaciones médicas, abuso de sustancias o el suicidio. (9,11,13,14)

En Cuba la expectativa de vida supera los 75 años. Al cierre del 2006 había 1177912 personas mayores de 60 años, lo que representaba el 15.8 % de la

población. Se espera que para el 2025 el 25 % de la población cubana tendrá más de 60 años (5,15). Esto obliga a encaminar los esfuerzos y crear estrategias y programas dirigidos al Adulto Mayor, para que se cumplan los principios de la ONU de "Dar Más Vida a los Años".

Se considera que la Depresión será el problema de mayor impacto en los países en vías de desarrollo en el 2020, ésta es una importante precondition para el suicidio (15-19). Se ha visto la asociación frecuente entre enfermedad, depresión y suicidio en los ancianos. Según la OMS el suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte, en Cuba es la cuarta (según anuario estadístico del 2005). Se plantea que para el 2030 la tasa de suicidio en ancianos será el doble (15), por lo que constituirá un serio problema de salud.

Reporta la literatura que se produce un aumento del riesgo de suicidio en los ancianos en la medida que aumenta la edad y se describen como: "más letales, premeditados, menos avisados o de forma pasiva (Dejarse Morir), por lo que debemos evaluar en cada anciano los factores de riesgo (médicos, psicológicos, familiares y socioambientales) que nos hagan sospechar esta posibilidad, para tomar las medidas encaminadas a evitarlo.

En nuestro servicio se imparte la Maestría en Salud Mental Comunitaria. En algunas tesis observamos que los temas de investigación estuvieron dirigidos al estudio de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas ante la Depresión o al abordaje de la Depresión por parte de los especialistas en Medicina General Integral (20-2), en cuyos resultados se puso de manifiesto cierto grado de desconocimiento sobre el tema, por eso consideramos que estos especialistas deben aumentar sus conocimientos sobre el tema para lograr un oportuno diagnóstico de Depresión en este grupo poblacional en ascenso. A este grupo de médicos, por ser los que a diario se enfrentan a este problema de salud va dirigido este trabajo.

DISCUSIÓN

Para el adecuado diagnóstico de la depresión en el anciano debemos plantearnos una serie de pautas que expresaremos a continuación y que con su uso reiterado incorporaremos al ejercicio diagnóstico sin apartarnos del método clínico. A continuación ofreceremos los Criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Versión #-10.

Criterios Diagnósticos de Depresión:

La Décima Revisión de la Clasificación de Enfermedades Mentales y del Comportamiento (CIE-10) (23), plantea los criterios a tener en cuenta para la realización del diagnóstico de Depresión y establece:

Criterios Primarios:

- _ Humor depresivo
- _ Disminución del interés y el placer para el disfrute
- _ Disminución de la actividad
- _ Cansancio exagerado

Criterios secundarios:

- _ Alteración del apetito y el peso
- _ Insomnio o hipersomnía
- _ Agitación o enlentecimiento psicomotriz
- _ Pérdida de energía
- _ Dificultades para concentrarse
- _ Dificultades para tomar decisiones
- _ Pensamiento de muerte o ideación suicida
- _ Sentimiento de culpabilidad.

Una vez logrado identificar los criterios anteriormente expuestos procedemos entonces a clasificar la depresión según su intensidad.

Clasificación de Depresión:

- Leve: Cuando hay por lo menos dos Criterios Primarios, por lo menos dos Criterios secundarios, los síntomas no son severos y la duración de la sintomatología es de por lo menos 2 semanas.
- Moderada: Cuando hay por lo menos dos Criterios Primarios, por lo menos 3 ó 4 Secundarios, puede haber algún síntoma severo y la duración de la sintomatología es de por lo menos 2 semanas.
- Severa: Cuando hay por lo menos tres Criterios Primarios, por lo menos cuatro Secundarios, todos los síntomas son severos y la duración de la sintomatología es de más de dos semanas.

No obstante, describe la literatura que la depresión específicamente en el anciano posee sus propias características que la diferencian de la depresión en personas de otros grupos etáreos.

Características de la depresión en el anciano:

La Depresión en el anciano se presenta con características diferentes (10-2), entre las que tenemos:

Menos presente la tristeza y más presente los síntomas somáticos.

La tristeza puede manifestarse en forma de apatía y retraimiento, pudiendo predominar las quejas somáticas.

Puede ser llamativa la pérdida de peso, el insomnio, la aparición de ideas delirantes o verdaderos cuadros psicóticos.

Los ancianos con frecuencia padecen enfermedades en las que la Depresión puede ser un síntoma, la respuesta subjetiva a ésta o a su tratamiento, como suele suceder en la enfermedad de Parkinson, enfermedades del Tiroides, Enfermedad Cerebro Vascular, el Cáncer, etc.

Los ancianos suelen consumir medicamentos para tratar sus enfermedades, pero éstos pueden inducir la Depresión, como por ejemplo los corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc. (7,8)

Es muy frecuente la aparición de la ideación suicida.

Para llegar al diagnóstico debemos:

Realizar la Historia Clínica (14,24), teniendo en cuenta que esta entrevista debe realizarse en un ambiente de respeto, comprensión y apoyo. Debe corroborarse la información con un familiar o amigo.

HEA:

- Se deben recoger el tiempo de aparición de los síntomas, su evolución, tratamientos anteriores y actuales, dosis empleadas.

APP:

- Se deben recoger antecedentes de episodios anteriores, su evolución y tratamiento.
- Otras enfermedades orgánicas como: diabetes, HTA, hipo o hipertiroidismo, artritis reumatoide, lupus, fibromialgias, enfermedad de Parkinson, neoplasias, esclerosis múltiple, etc. y sus tratamientos.

APF:

- Se deben recoger antecedentes de episodios depresivos en familiares, intentos o suicidios consumados, abuso de sustancias, otras enfermedades mentales.

_ Historia Socio familiar:

- Se deben recoger aspectos tales como: con quién vive y sus relaciones familiares, si vive solo, situación económica, condiciones de la vivienda, participación o vinculación social, pérdida de familiares u otros eventos de repercusión afectiva para el paciente.

_Examen del fenómeno psíquico.

- Debemos estar atentos a la conducta del paciente durante la entrevista.
- Explorar alteraciones de la atención, la memoria y la orientación.
- Determinar la presencia de: tristeza, pesimismo, sentimiento de soledad, apatía, pérdida del interés por la vida o temor a la muerte, pérdida del interés o el placer para la realización de las actividades cotidianas, sentimientos de culpa, desesperanza, incapacidad para proyectarse hacia el futuro.
- Características del lenguaje, capacidad intelectual, juicio crítico.

Examen físico completo buscando signos y síntomas que nos orienten hacia una enfermedad orgánica o la descompensación de una ya existente.

Uso de complementarios:

Es importante realizar algunos complementarios para descartar alguna enfermedad orgánica tales como:

Hemograma completo, eritrosedimentación, glicemia, orina, creatinina, colesterol, triglicéridos, TGO y TGP, ECG, RX de tórax.

Existen algunos trastornos que por su frecuencia en el anciano debemos diferenciarlos de la depresión. (11,14, 24)

Diagnósticos Diferenciales:

1. **La Demencia:** (sobre todo en sus inicios) que se caracteriza por un deterioro cognitivo donde se afectan la atención, la memoria, la percepción y la inteligencia. ¿Cómo diferenciarla de la depresión?

Inicio insidioso con un curso progresivo y generalmente irreversible, no se acompaña de alteraciones de conciencia, por lo general hay antecedentes familiares de demencia, pueden desorientarse y perderse en lugares conocidos, afectación en la memoria reciente, pueden tener alteraciones del lenguaje como disartria o afasia, aumento de la ingestión de alimentos, humor inestable pudiendo estar irritables o apáticos, pueden tener alucinaciones e ideas delirantes, somnolencia diurna.

2. **El Delirium:** que se caracteriza generalmente por un inicio brusco, fluctuante, que puede ser reversible en dependencia de la causa, hay alteración de conciencia, desorientación, dificultad para captar los estímulos internos y externos, son frecuentes las alucinaciones (de animales), pueden tener ideas deliroides, intranquilidad o agitación.

3. **El llamado Síndrome de Demencia Depresiva o Pseudodemencia:** de los que un por ciento evoluciona a la demencia se diferencia por: Inicio brusco, corta duración, humor depresivo, respuesta displicente ante los contratiempos, déficit cognoscitivo poco demostrable, deterioro fluctuante, hay alteraciones de los ritmos biológicos de sueño y el apetito, así como cefalea, buena respuesta a los antidepresivos.

4. **Las depresiones enmascaradas:** en que tienden a negar sus síntomas depresivos y expresar en primer lugar los somáticos como: dolores generalizados o difusos, mareos, vértigos, anorexia, náuseas, vómitos, constipación, diarreas, dolor precordial, palpitaciones, disnea, asma.

5. **El Trastorno Hipocondríaco:** en que los pacientes están convencidos de tener una enfermedad para lo cual acuden a consulta, se realizan exámenes que son negativos, pero aun así van de médico en médico en busca de confirmar sus sospechas.

6. **Trastornos de Adaptación:** ante enfermedades que se manifiestan con sentimientos de desamparo, desesperanza, pesimismo y la ansiedad que se hace manifiesta.

Consideramos que si los médicos de atención primaria toman en cuenta estas recomendaciones, podrán hacer un diagnóstico adecuado de la depresión y asumir la conducta indicada en aras de lograr la recuperación y posterior rehabilitación y reinserción social del paciente y así contribuir a su bienestar, al de la familia, la sociedad, favoreciendo una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Almanza L, Menéndez Jiménez J, Cáceres Maso E, Moisés Baly B. Las personas de Edad en Cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. Resumed. 1999; 12(2): 77-9.
2. Pérez Martínez V. El deterioro cognitivo: Una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2).
3. Del Pino Roque A. Eventos Vitales como factores de Depresión y la Conducta Suicida. La Habana: MINSAP; 2002.

4. Lluís Ramos GE, Llibre Rodríguez JJ. La fragilidad: Un reto en el Adulto Mayor. Un primer acercamiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20(4)
5. Alonso P, Sarín FJ. Envejecimiento Poblacional y Fragilidad del Adulto Mayor. Rev Cubana Salud Publ. 2007; 33 (1)
6. Lluís Ramos E, Llile J. Fragilidad en el Adulto Mayor. Un Primer Acercamiento. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004; 20 (40).
7. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 30,34,36,278,279,281,336,359.
8. Oropesa Pupo D, González Morales M, Calero Gutiérrez L. Reacciones Adversas frecuentes en el anciano. Corr Med Cient Holg. 2004; 8 (2).
9. Benjamín V. Conozca la Depresión y enfrente la. Iniciativa para el control de los trastornos afectivos. La Habana: Oficina Regional de la OMS; 1999
10. Ceinós González M. Depresión en Ancianos. Un Problema de Todos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001; 7 (4): 316- 20.
11. Valdés Mier M. La Depresión en La Tercera Edad. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. 1988; 33(2): 77-9.
12. Piña Martínez ST, Martínez Ayón MY, Durán Cordovés L, Baster Moro JC. Depresión y estado de salud en el anciano. Corr Med Cient Holg. 2007; 11 (4 supp 1.1).
13. Martínez Ayón M, Durán Cordovés L, Baster Moro J, Guevara Sierra G. Depresión y Estado de Salud en el Adulto Mayor en el Servicio de Geriatria. Corr Med Cient Holg. 2003; 7(3).
14. Kaplan HI, Freedman A, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatria. T2. 2da ed. Norteamericana: Ballinger CB ; 1988. p. 1123- 31.
15. Gutiérrez Zurbarán G, Gil Rojo I, Jiménez Acosta V, Lugo JB. Suicidio en La Tercera Edad. Un Problema de Salud Comunitario. Rev Cubana de Hig Epidemiol. 2001; 39(2): 147-51.
16. Ramos Boch A. Informaciones Bibliomed sobre Depresión e Intento Suicida. Rev Cubana Med Gen Integ. 2007; 23 (1).
17. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud en Cuba. La Habana: MINSAP; 2006. p. 99-200.
18. Pérez Barrero S. El Suicidio, Comportamiento y Prevención. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (2): 196-217.
19. Guilbert Reyes W, Trujillo Grás O. Intento Suicida del anciano en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; 15 (5): 509-15.
20. Hernández Cobas C. Conocimientos Aptitudes y Práctica ante el diagnóstico de la Depresión en dos áreas de Salud del municipio Marianao. La Habana: Psiquiatria Social Comunitaria; 2000.
21. Toirac Terrero D. Conocimientos, Aptitudes y Práctica ante el diagnóstico de la Depresión en dos áreas de Salud del Municipio Arroyo Naranjo. La Habana: Psiquiatria Social Comunitaria; 2001.
22. Martínez Cueto F. Abordaje de la Depresión por los Médicos Generales Integrales. Estudio Comparativo de dos áreas de Salud. La Habana: Psiquiatria Social Comunitaria; 2001.
23. OMS. Meditor. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria; 1992.
24. Castro López H, Barrientos G. Psiquiatria T2. La Habana: Pueblo y Educación; 1988. p. 3- 30.

SUMMARY

The current work is directed to the physicians of the Primary Health Care. It contains a short review on the changes that take place during aging from the organic, psychological and social point of view, predisposing depression emergency

in elder adults. We expose the main characteristics, the diagnostic criteria and different forms of depression emergency according to the International Classification of Diseases Version # 10. We orient actions to arrive to a diagnosis: confection of the clinical review, physical examination, indication of the most important complementary examinations and the main differential diagnosis to take into account. The purpose of this work is increasing knowledge to improve attitudes and develop new practices preventing, precociously diagnosing, treating and psychosocial rehabilitation of depression in elder adults.

MeSH:

DEPRESSION/diagnosis
DEPRESSION/therapy
DEPRESSION/rehabilitation
AGED
PRIMARY HEALTH CARE
HUMAN

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Campos Zamora M, Hernández Cuéllar CX, Sotolongo García Y, Oliva Sánchez R. La depresión en el adulto mayor. Algunas consideraciones para su diagnóstico en la atención primaria. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2008; 30(5). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20médica/ano%202008/vol5%202008/tema8.htm>[consulta: fecha de acceso]