

GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

“Trastornos afectivos en el Adulto Mayor. Algunas consideraciones sobre el tema”

Autora: [Raquel Pérez Díaz](#)

Lic. Psicología. MsC. Medicina Natural y Tradicional. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Los adultos mayores con trastornos psicogeriátricos constituyen un grupo significativo de la población general, prevaleciendo el mismo espectro de trastornos que en los adultos más jóvenes, según algunos estudios. Algunas patologías son particularmente relevantes en esta etapa (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, y los trastornos de personalidad). Si bien, algunas investigaciones se centran en la resolución de estos trastornos, queda mucho por hacer en este terreno y en especial en el área de los trastornos afectivos.

El presente trabajo hace algunas reflexiones y valoraciones acerca de los trastornos afectivos en el anciano y deja abierta algunas interrogantes que serán de valor en el campo de la investigación, el diagnóstico y el abordaje de la ansiedad y la depresión en la tercera edad.

Palabras claves: trastornos afectivos, depresión, ansiedad, tercera edad, adulto mayor.

Una de las áreas en que la Psicología, como ciencia que estudia al ser humano en su dimensión biopsicosocial, deberá y debe centrar su atención es en el adulto mayor, no sólo por la realidad palpable de la prevalencia que este grupo etáreo tiene y tendrá dentro en el mundo y en especial, en nuestro país, sino también por el enorme costo que representará este tipo de atención.

Los adultos mayores con trastornos psicogerítricos constituyen un grupo significativo de la población general, ellos padecen el mismo espectro de trastornos que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente relevantes (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, y los trastornos de personalidad). Estos síntomas de ansiedad y depresión se ven por los médicos en general como propios del proceso de envejecimiento, existiendo un sesgo a la hora de brindar atención a los problemas de salud mental de los adultos mayores. (1-3) Por otra parte, las reacciones de adaptación a los problemas personales los hacen más vulnerables a padecer de alguna afección mental (4). La comorbilidad y la polifarmacia asociada hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad, por ejemplo puede ser especialmente dificultoso por la gran superposición de síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para tratarlas (3).

.La ansiedad puede ser: síntoma, síndrome o trastorno y estar asociada a un estado psiquiátrico comórbido (como por ejemplo de depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos (4,5).

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto (independientemente de sus resultados culturales individuales) que los trastornos de ansiedad son importantes en la tercera edad aunque se presentan en menor proporción que en edades más jóvenes y tienen especificidades para los sexos (1, 6-8).

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia de un mes del 7,3% en adultos de todas las edades. En adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%; se acerca al 20% en un período de 6 meses y al 35% en el ciclo vital (4,9). En la mayoría de los casos, el trastorno comienza en la vida adulta y tiende a cronificarse, con remisiones y recaídas de diversos grados intercaladas hasta llegar a la tercera edad. El inicio en esta etapa es posible, si bien poco común. (3,9). Los trastornos de ansiedad del anciano en general tienen una prevalencia de 5-10%, siendo las fobias sobre todo la agorafobia y los trastornos adaptativos ansiosos los más frecuentes. Varios autores señalan también los trastornos de ansiedad generalizada como de gran relevancia en el adulto mayor y han encontrado una alta comorbilidad de esta con la depresión (4). Las crisis de pánico y los trastornos obsesivos compulsivos han sido señalados en menor cuantía. (9).

Diversos autores han reportado la existencia de cuadros de ansiedad secundaria a fármacos, al padecimiento de enfermedades somáticas (sobre todo endocrinopatías, problemas cardiorrespiratorios)

o síntomas asociados a situaciones de estrés pudiendo aparecer sintomatología disociativa o somatizaciones diversas.

Algunas estadísticas reportan que al menos el 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen un trastorno mental diagnosticable (8) En los pacientes internados por trastornos de tipo orgánico se calcula que del 40 al 50% presentan trastornos mentales y en instituciones geriátricas alrededor del 70 al 94% los padece.

En los EEUU, el 27% de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas tienen más de 65 años de edad. Se estima que del 15 al 25% de los 28 millones de norteamericanos mayores de 65 años tiene problemas mentales significativos. Dentro de este grupo, son los trastornos fóbicos (4,8%), seguidos por el trastorno obsesivo-compulsivo (0,8 %) y el trastorno de pánico (0, 1 %) (9-17) los más diagnosticados.

Si bien la ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano, hasta la fecha ha merecido poca atención por el personal de salud y en algunos estudios epidemiológicos el número de trastornos de ansiedad reportado en este período es bajo. Es probable que esta frecuencia sea aun mayor y que los trastornos no sean detectados por los médicos por presentarse en forma de somatizaciones o por no hacerse demandas por los adultos mayores directamente relacionados con ellos (subreporte) A su vez hay quienes consideran la ansiedad como un componente natural del envejecimiento y este planteamiento no tiene fundamentación.

Si analizamos los diversos estudios epidemiológicos ellos nos señalan varios factores que están

relacionados con el envejecimiento: aislamiento social, descenso de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, entre otros por lo que esto nos haría prever un incremento de los trastornos de ansiedad o al menos cifras estadísticas de una mayor prevalencia e incidencia de los mismos, sin embargo los estudios epidemiológicos no avalan este análisis.

Parmer y colaboradores han señalado que los trastornos de ansiedad en adultos mayores son atípicos y que están infradiagnosticados ya que en parte, los estudios epidemiológicos están basados en el DSM IV con criterios diagnóstico para adultos más jóvenes, sin considerar la propia atipia en su presentación y por otro parte hay una mayor comorbilidad con trastornos médicos y depresiones (entre 30-70%) , sumando le hecho de la polifarmacia y los cambios psicosociales importantes los que se obvian en los diagnósticos (9).

Esta situación se hace tangible cuando en nuestra práctica asistencial encontramos estas problemáticas: comorbilidad asociadas a cuadros ansiosos, depresión y la presencia de síntomas subclínicos de una y otra entidad que no se ajustan a los criterios diagnósticos de las clasificaciones actuales vigentes para edades más jóvenes.

Dentro de los trastornos afectivos es la depresión es el trastorno mental con mayor prevalencia en este grupo, aunque existe variabilidad en algunos estudios (10-13), podría señalarse una tasa en torno al 7% de casos en los que se encuentra una categoría diagnóstica de depresión (uniendo depresión mayor, distimia y trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido (14). A estos datos, debemos

sumar un intervalo que, según distintos estudios, oscila entre un 15 y un 30% de casos en los que es posible distinguir la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante, sin que se cumplan los criterios diagnósticos DSM IV para el establecimiento de un trastorno depresivo (15). Koenig y Blazer (16), y más recientemente Sable y col. (17), han señalado el hecho de que los principales sistemas clasificatorios no incluyen criterios diagnósticos de depresión específicos para la tercera edad. Criterios que fueron establecidos usando a la población media adulta como referencia, por lo que podrían presentar lagunas para su aplicación en población gerontológica.

En esta afección hay una incidencia del 10% en adultos mayores que viven en la comunidad, del 15 al 35% de los que residen en hogares geriátricos, entre 10 y un 20% de los hospitalizados, 40% en los que padecen algún problema somático, y hasta un 50% de los motivos de ingreso en unidades de psiquiatría de un hospital general, considerándose que la depresión se convertirá en la segunda causa más importante de incapacidad y muerte para el 2020. (18, 19)

A lo largo de los últimos años, se han señalado distintos factores para explicar la existencia de una tasa tan elevada de depresión subsindrómica. Sable y Col. (5) resaltan la importancia de la comorbilidad, el deterioro cognitivo y los acontecimientos vitales asociados al envejecimiento como principales causas en las dificultades en el diagnóstico de depresión. Igualmente, el proceso de envejecimiento puede facilitar un ocultamiento de los síntomas depresivos (20). Para Kales y col. (21) la gran heterogeneidad de la depresión en la vejez, con presentaciones ambiguas y complejas en muchos pacientes es la principal responsable de que en estos pacientes se pueda producir una

infravaloración diagnóstica. La influencia que indudablemente pueden presentar las fuentes de variación consideradas, distintos autores han señalado la existencia de diferencias y características específicas de los trastornos depresivos como principales responsables de su infravaloración clínica (14)

Blazer (22) concluye tras una revisión detallada de estudios epidemiológicos realizados en países occidentales, que la depresión aparece en los estudios transeccionales como menos frecuentes en comparación con los adultos y jóvenes. Este hallazgo parece ser más relevante para Estados Unidos y sugiere que debe ser interpretado con precaución porque hay muchos problemas metodológicos, entre los que se destaca la escasez de instrumentos válidos para detectar las peculiaridades de la depresión en adultos mayores.

Los resultados obtenidos en el grupo de mayores de 65 años y más, señalan los trastornos del sueño y el comportamiento suicida como dos componentes que explican más del 25% de la varianza. Este porcentaje se elevará más allá del 40% al considerar el segundo factor que junto a la insatisfacción vital y baja autoestima predominan con síntomas relacionados al empeoramiento en la ejecución de tareas. Estos aspectos cobran una gran importancia y vienen a sumarse a la presencia de somatizaciones y sentimientos de ser una carga, como aspectos más destacados al comparar la relevancia de los síntomas propuestos en los sistemas de diagnóstico clínico entre adultos mayores y jóvenes con elevada sintomatología que no alcanzan a cumplir los criterios diagnósticos de depresión

(23). Otras investigaciones en el campo de la depresión revelan cuanto debe de hacerse en este campo (23-34). Debemos pues reflexionar sobre la importancia de fomentar investigaciones para establecer metodologías diagnósticas en los adultos mayores tanto para los trastornos ansiosos como la depresión y fortalecer las terapéuticas de intervención que se ajusten a esta etapa de la vida, por lo que los profesionales dedicados al trabajo con estas edades deberemos incentivar el trabajo en este campo y desarrollar estudios en los que se profundicen en la evaluación, diagnóstico y terapéutica de los trastornos afectivos en los ancianos.

En el “Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud” (CITED) se encuentra en marcha un proyecto de investigación de los trastornos afectivos en la tercera edad. Esta y nuevas iniciativas servirán para el despliegue de un conocimiento mayor en el campo del diagnóstico y tratamiento Preguntas como:

- ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos afectivos en los ancianos cubanos que acuden a las consultas?.
- ¿Existirá un subregistro de trastornos afectivos ansiosos o depresivos?.
- ¿Los diagnósticos con criterios actuales dan respuesta a nuestra práctica asistencial?.
- ¿Los instrumentos creados en edades y culturas diferentes son de utilidad en el apoyo diagnóstico a los trastornos afectivos de los adultos mayores?.

Servirán para la validación de nuevos instrumentos, implementación de protocolos de intervención y el mejoramiento de la calidad asistencial en esta etapa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Gabay Miguel Pablo, Fernández Bruno Mónica. Trastornos de Ansiedad en la tercera edad. Disponible en: [http:// www.gardor.com.ar/lyd/ansie2/gabay.htm](http://www.gardor.com.ar/lyd/ansie2/gabay.htm)
- 2-Trastornos de ansiedad en la tercera edad. Diario el Día; 2001.Disponible en: <http://www.diario.medico.com/entorno/ent040101com.html>
- 3- Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990, págs. 4-7.
- 4- Salzmaii C. Anxiety and depression. en Management of mental disorders in baby boomers and beyond. Symposium, 151st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998.
- 5-Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. Psychiatric Clinics NA 20 (1): 137-164, 1997.
- 6- Ríos Lorena. Se disparan las enfermedades mentales. Vértigo; 2003. Disponible en: <http://www.revistavertigo.com/historico/29-11-203/reportaje.html>
- 7-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995.
- 8- CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE) X REVISIÓN.

- 9- Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 45:977-986, 1988.
- 10- Blazer, D, Williams, C. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly sample. *American Journal of Psychiatry*. 1980; 137: 439-444.
- 11- Newman J. P. Aging and Depression. *Psychology and Aging*. 1989; 4 (2), 150-165.
- 12- Riquelme A. Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 1997
- 13- Snowden J. Is depression more prevalent in old age?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35, 782-787.
- 14- Riquelme A. Estructura de la depresión en ancianos. Informe de investigación, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 2004
- 15- Sable J. A., Dunn L. B, Zisook S. *Geriatrics*. 2002; 57, 18-35.
- 16- Koenig, H.G. y Blazer, D.G. Epidemiology of geriatric affective disorders. *Clinical Geriatric Medical*. 1992; 8, 235-251.
- 17- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Kirmayer LJ, Lkpine JP et al. Declaración de consenso sobre aspectos transculturales en la depresión y la ansiedad emitida por el grupo de consenso internacional sobre depresión y ansiedad. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Suppl 13: S47-55.

- 18- Franco Martín M.A, Monforte Porto J.A. Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996:19-44.
- 19-Matilla Mora R. La depresión en el anciano. Biblioteca Católica Digital; 2001.Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/>
- 20-Stage K.B, Bech P, Kragh-Sørensen P, Nair N.P.V, Katona, C. Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *Journal of affective disorders*. 2001; 64, 239-248.
- 21- Kales, H.C.; y Valenstein, M. Complexity in late-life depression: Impact of Confounding factors on Diagnosis, Treatment, and Outcomes. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 2002; 15, 147-155.
- 22-Blazer DJ. Epidemiology of depression. In Cpolenand AJ, Abu-Saleh M, Blazer DJ, editors. Principles and practices of Geriatric Psychiatry. New York: Jomh Wiley and sons.Ltd; 2002. p. 389-392.
- 23- Laidlaw K. An empirical review of cognitive therapy for late life depression: does research evidence suggest adaptations are necessary for cognitive therapy with older adults? *Clin, Psychol, and Psychoter*. 1991; 8, 1-14.
- 24- Cole BVG, Bellavancue F, Mansour. A.Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic reviw and meta-analysis. *Am. J. Psycht*. 1999; 156: 1182-1189.

- 25-Radolff JS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1: 385-401.
- 26-Goldberg, D.P.; Oldehinkel, T., y Ormel, J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychological Medicine*. 1998; 28, 915-921.
- 27-McKinnon, A., McCallum, J., Andrews, G. y Anderson, I. The Center for Epidemiological Studies Depression Scale in older community samples in Indonesia, North Korea, Myanmar, Sri Lanka, and Thailand. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1998;53B (6), 343-352.
- 28-Newman, J.P.; Engel, R.J. y Jensen, J. Depressive symptoms among older women. *Psychology and Aging*. 1990; 5, 101-118.
- 29-Newman, J.P.; Engel, R.J. y Jensen, J. Depressive symptoms among older women. *Psychology and Aging*. 1996; 5, 101-118.
- 30-Blazer, D.G., Swartz, M., Woodbury, M., Manton, K.G. Hughes, D. y George, L.K. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: use of a new procedure for analysis of psychiatric classification. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 45, 1078-1084.
- 31- Martínez Ayón María J, Durán Cordobés L, Baster Moro Juan Carlos, Guevara Sierra Gustavo Ernesto. Depresión y estado de salud en el adulto mayor en el servicio de geriatría. *Correo Científico Médico de Holguín* 2003; 7(3) disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no73/n73ori6.htm>

- 32- Rodríguez Gómez Yosbel, Rodríguez Jiménez Ailed, Acosta Martínez Tornisbey. Algunos Factores asociados al consumo crónico de benzodiazepinas en un consultorio médico. XVII Fórum Nacional de Ciencias Médicas de Camaguey 2006. Disponible en: <http://www.16deabril.sld/eventods/Xviiforum/virtudes%20Salud/Algunos%20Factores%20asociados.doc>
- 33- Pérez Barrero Andrés Sergio. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cub Med Gen Integr 1999; 15(2):196-217. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi/3299.htm
- 34- Vega Abascal Jorge B, Pereda Escalona Berta, Vega Abascal Luis Antonio, Alonso Pérez Ariel. Tendencia y factores de riesgo del suicidio en el adulto mayor. Correo Científico Médico de Holguín 2003; 7(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no72/n72ori2.htm>