

## Presentación de caso

Paciente femenina de raza blanca, de 80 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Diabetes Mellitus y Cardiopatía Isquémica. Es remitida por el especialista en Medicina General Integral de su área, pues a punto de partida del fallecimiento del esposo hace seis meses ha abandonado sus costumbres habituales, no apetito, trastornos del sueño. No apoyo familiar, pues a pesar que no tuvo hijos, si ayudó en la crianza de sus sobrinos, pero estos son personas muy ocupadas profesionalmente según aportó la entrevista familiar. La familia manifiesta que las pocas veces que la han podido visitar en los últimos meses, notan que en ocasiones habla incoherencias, repite ideas, se muestra negativa e incluso olvida cerrar la llave del gas y la puerta que da a la calle. Ante la preocupación de los vecinos, se presenta el médico de la familia y la enfermera, quienes son los que deciden enviarla al centro de atención geriátrica. Valorada inicialmente por Geriatra en consulta de pesquiasaje donde se precisa entre otras pérdidas importantes de funciones, solicitándose el concurso del equipo multidisciplinario.

Factores de riesgo geriátricos:

- Inmovilidad relativa. •Uso de mas de 3 fármacos. •Deterioro Funcional.

Alergia Medicamentosa: No Refiere. Nivel Educativo: Nivel Primario (6to grado). Ama de Casa.

Valoración Geriátrica Integral:

Examen Físico: (positivo) Índice de Quetelet: 16. Marcha lenta, insegura, a pasos cortos, arrastra discretamente los pies, aunque presenta braceo al caminar. Durante la evaluación neurocognitiva y afectiva, se muestra poco cooperadora, pide que no le preguntemos nada mas, que se le ha olvidado escribir o sacar cálculos (MMSE).

Escalas Aplicadas:

- Índice de Katz: Dependiente parcial (las hace o de forma incompletas o con mala calidad)
- Índice de Lawton: Dependiente total (hace cinco meses).
- Minimal State Examination: 26/30 (no sabe el día en que estamos, no quiso realizar calculo, dibujar, escribir la oración).
- Yesavaje: 5 puntos.
- Escala de valoración social: Inadecuado apoyo familiar, situación económica no favorable, anciana sola.

Tratamiento de base:

1. Dieta hiposódica.
2. Glibenclamida (5 mg): 1 tableta antes del desayuno, almuerzo y comida.
3. Nitrososrbide(10 mg): 1 tableta 7 a.m, 2 p.m, 7 p.m.
4. ASA (500 mg): ¼ tableta/día. 5. Meprobamato (100 mg): 1 tableta 9.00 a.m y p.m.

Complementarios realizados:

Hemoquímica:

Hb. 112 g/l Hto.0.37

V.S.G: 45 mm/h Glicemia: 4.8 mmol/l Creatinina: 105

mmol/l. TGP: 33.4 U/L TGO: 20.2 U/L Proteínas Totales: 61 g/l Lipidograma:

Colesterol: 3.5 mmol/l Triglicéridos: 0.7 mmol/l

Cituria: Sin alteración. Electrocardiograma: Ritmo sinusal, trastornos inespecíficos de la repolarización ventricular.

Estudios Imagenológicos: Rx de Tórax PA: No alteraciones pleuropulmonares.

Ultrasonido Abdominal: Sin alteraciones de los órganos del hemiabdomen superior.

El cuadro clínico descrito sugiere como principal problema geriátrico:

- 
- [A. Inmovilidad Parcial.](#)
  - [B. Estado Confusional Agudo.](#)
  - [C. Síndrome Depresivo](#)
  - [D. Síndrome Endocrino-metabólico.](#)
  - [E. Trastornos de la marcha y el equilibrio](#)

La respuesta correcta es C: Síndrome depresivo.

### **Juicio clínico**

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población adulta mayor, su frecuencia es variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud. Se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de las personas mayores que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias.

El término "depresión" es un término que expresa tres realidades distintas: un síntoma anímico, un síndrome o una categoría diagnóstica o cuadro clínico.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV), diferencia cuatro síndromes depresivos "básicos": depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva. Estos cuatro síndromes se especifican en nueve categorías diagnósticas (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno no especificado, trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, etc.).

La depresión en los adultos mayores (A.M) en específico constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas características diferenciales con respecto a su presentación en etapas previas de la vida. En los adultos mayores los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos, etc) juegan un papel mucho más importante que en edades más jóvenes. En los A.M los cambios biológicos propios del proceso de envejecimiento, la presencia o no de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas de salud, la polifarmacia, hacen a este grupo etéreo más susceptible de manifestar patología depresiva.

Se conoce que cerca del 15% de los A.M de 65 años presentaron episodios de depresión en algún momento, también señala que los síntomas tienden a cronificarse con mayor frecuencia. A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada en forma insuficiente.

Para el diagnóstico es necesario no solo un screening clínico completo y exhaustivo, tratando de encontrar causas de depresión secundaria, sino que podemos no solo apoyarnos en las pruebas diagnósticas, sino en una serie de escalas que nos cualifican y cuantifican el trastorno afectivo. Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, aunque en ningún momento deben sustituir al juicio clínico, que será el que confirme el diagnóstico. La mayoría de las escalas y recomendaciones de entrevista para el estudio de la depresión, no deberían ser aplicadas en los A.M porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecten un excesivo número de falsos positivos (ver la sección de instrumentos en geriatría, en esta misma edición de nuestra revista electrónica).

El objetivo de la valoración afectiva es identificar y cuantificar posibles trastornos en esta área que afecten o puedan afectar a la capacidad de autosuficiencia del mayor, permitiendo establecer un plan terapéutico de intervención. La valoración de la esfera afectiva en el anciano incluirá el estudio de diferentes estados emocionales, tanto positivos (vigor, simpatía, felicidad), como negativos (depresión, ansiedad, etc).

El suicidio es una expresión extrema de la depresión y es particularmente frecuente en hombres mayores de 65 años quienes representan el 80% de las muertes por esa causa.

Entre los Factores de Riesgo del suicidio en Adultos Mayores están:

- Depresión
- Abandono Familiar y Social
- Duelo (especialmente en el primer año de la pérdida)
- Aislamiento Social y Familiar (viudos, solteros)
- Expectativa de muerte por alguna causa
- Menor organización y complejidad del comportamiento que en el pasado
- Desesperanza inducida
- Institucionalización
- Enfermedad física
- Alcoholismo
- Deseo y decisión racional de proteger a sus sucesores de un desastre económico
- Decisiones filosóficas (la vida parece no tener más sentido ni placer)
- Deterioro mental orgánico
- Cambios en los patrones de sueño; pesadillas nocturnas
- Ser varón blanco (mayor incidencia de suicidios que en cualquier otro grupo)

La patología depresiva en el A.M no solo presenta una prevalencia e incidencia elevada, sino que es una importante carga de malestar para el paciente, para la familia y para las instituciones. Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos.

Estudios longitudinales han comprobado que la presencia de síntomas depresivos en ancianos se asocian con un mayor número de visitas al médico, de uso de fármacos, de utilización de servicios de urgencias y de costes globales como pacientes ambulatorios.

La Atención Primaria es el nivel de atención, relación y accesibilidad idóneo para establecer con mayor facilidad el estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognitivo, pudiendo favorecer el diagnóstico precoz de los trastornos depresivos.

Las causas de esta situación hay que buscarlas, en el propio deterioro o sufrimiento orgánico del cerebro, y en muchas ocasiones, las alteraciones psíquicas y más concretamente las depresiones, se asocian al estrés que experimenta este grupo de población, tanto a nivel económico, como social y psicológico.

Es importante recordar que las depresiones correctamente tratadas evolucionan favorablemente, especialmente en sus formas más simples; por el contrario, en ausencia de un adecuado diagnóstico y tratamiento, puede complicarse con trastornos somáticos, sobre todo de tipo metabólico o cardiovascular, con el consiguiente riesgo vital para el paciente. Sólo 1% de los afectados reciben un apropiado manejo.

Se tiende a confundir con otros estados frecuentes en estas edades como demencias, hipotiroidismo o problemas neurodegenerativos. Suelen manifestarse como pérdida de memoria, carencia de iniciativas, lentitud de los movimientos, pérdida aparente de capacidades físicas y psíquicas, deterioro de las funciones a nivel instrumentado como básico, entre otras.

Consecuencias de la depresión en el Adulto Mayor::

- Deprivación o aislamiento social
- Soledad o sentimientos de soledad
- Baja o mala calidad de vida
- Incremento del uso de los servicios de salud
- Deterioro cognitivo

- Deterioro de la realización de las tareas diarias (pérdida de funciones)
- Depresión crónica
- Suicidio

Entre las recomendaciones a seguir para la atención de esta problemática, están la preparación de los médicos para diagnosticar y tratar a tiempo esta entidad, en la actualidad han aparecido un grupo de fármacos como son los inhibidores de la recaptación de la Serotonina (no cardiotóxicos), que tienen menos efectos adversos, sobre todo extrapiramidalismo, pero hay que tener presente que algunos de ellos como la Fluoxetina, Paroxetina, pueden producirlas.

En resumen la evaluación de los trastornos psicoafectivos en este grupo, comprende un gran reto para cualquier galeno, no solo es detectarlo, sino descartar causas secundarias que pueda causar el trastorno afectivo, fármacos, tumores, endocrinas, sociofamiliares, pérdida de roles, etc. El tratamiento debe ir encaminado a la corrección en lo posible de las diferentes causas, con la visión completa e integral que tenemos sobre los individuos (Biopsicosocial y funcional).

#### Bibliografía:

1. J. Mtnez de la Iglesia, M<sup>a</sup> C. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero, C. Albert Colomer, C. Aguado Taberné, R. Luque Luque. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba Vol. 12 – Núm. 10 – Diciembre 2002. Medifam 2002; 12: 620-630.
2. Estudio del Instituto Gerontológico sobre el perfil de la víctima y su agresor. Depresión y ansiedad, claves para detectar el maltrato en el anciano. Jueves, 4/1/01 (Disponible en: <http://www.diariomedico.com>)
3. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O. Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983; 17 (1): 37-49.
4. Yesavage JA. Geriatric Depression scales. Psychopharmacol Bull 1988; 24: 709.
5. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención al anciano. Madrid: Ed. Eurobook SL., 1997.
6. Travé Rodríguez A L, Reneses Sacristán A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sistema Nacional de Salud Vol. 26–No 1- 2002. (Disponible en: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>)
7. Adalberto Campo Arias. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Vol. 4 Número 12 - Diciembre de 2001
8. Marta Glez Ceinos. Depresión en ancianos: un problema de todos. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4): 316-20