

# LAS DEPRESIONES EN LA VEJEZ

Dr. Leonardo Strejilevich

La psicopatología del período de la adultez mayor, prácticamente, tiene que ver con las neurosis, las depresiones y los síndromes paranoides.

Estos cuadros, muchas veces, se asocian con síndromes físicos más o menos funcionales o incluso orgánicos.

La depresión en la persona mayor no tiene una lectura unívoca; su realidad no se somete a una clasificación o a un orden preestablecido; es indócil, polimorfa y cambiante a lo largo del proceso del envejecimiento.

El anciano es frágil; causas mínimas lo desestabilizan en su equilibrio parcial.

Al envejecer, aparecen dificultades crecientes para satisfacer el ideal del yo y el riesgo depresivo aumenta.

La depresión se expresa por el descenso de la autoestima, por la presencia de un sentimiento doloroso de inferioridad asociado al de culpabilidad; la agresividad puede despertarse y comportar un gesto suicida.

Los trastornos del sueño, los dolores y los disfuncionalismos digestivos con o sin tristeza y ansiedad puede hablarnos de una “depresión enmascarada”.

El sujeto se siente incapaz, inútil, vacío; tiene dolor moral con pesimismo y autodevaluación; el sistema mental no rinde; hay anestesia afectiva, hundimiento interior y enlentecimiento psicomotor.

La depresión puede manifestarse en *formas reactivas* (las más frecuentes); *endógenas* (más raras pero más temibles –riesgo de suicidio-); *asociadas a otros trastornos psiquiátricos o a patología somática* (antes de descubrirse un cáncer o una afección sistémica o un tumor cerebral o una enfermedad de Parkinson, etc.) o *vincularse a polimedicación y/o intoxicación* (tratamientos para la hipertensión arterial, uso indebido de tranquilizantes, neurolépticos, hipnóticos, corticoides y antitiroideos).

EN 8 DE CADA 10 CASOS, EN UNA DEPRESIÓN DE INICIO TARDÍO SIN ANTECEDENTES PERSONALES O HEREDOFAMILIARES, SE DESCUBRE UNA AFECCIÓN SOMÁTICA GRAVE E IGNORADA.

En los adultos mayores con depresión, sobre todo en la región NOA y centro del país, se asocia con estados hipotiroideos y existe una cierta relación, también, entre depresión y cáncer (el cuadro psiquiátrico antecede en mucho a la detección clínica de la neoformación).

En los mayores hay un incremento de muertes por suicidio (20-80% por 100.000) y vínculos con enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

Es conocida la acción depresiva de las drogas antihipertensivas y el hecho de que cuanto más sedativo es un neuroléptico más hipotensor suele ser.

Los cuadros depresivos que comienzan antes de los 65 años casi en un tercio desaparecen cuando se alcanza la edad de los 70 años y más pero puede quedar un síndrome monótono y difuso al que se le suma una pérdida de intereses y actividades sociales.

En los viejos, entre el 8-10% de aparentes demencias se ocultan en realidad depresiones y, por otro lado, el 2-3% de las depresiones en los viejos evolucionan a la demencia.

En la depresión de los mayores, con el incremento de la edad, aumentan la ansiedad, las ideas delirantes, la hipocondría, la inquietud y las ideas de pobreza.

NO conviene olvidar que la depresión y los sentimientos depresivos en los mayores son ingredientes habituales de ese período de la vida al margen de la enfermedad depresiva propiamente dicha y se deben a la soledad, la viudedad, las restricciones económicas.

En los mayores, los niveles plasmáticos de los fármacos específicos administrados son más altos a igual dosis que en adultos, el ritmo metabólico está reducido, la capacidad de depuración es más lenta, aumenta la sensibilidad de los receptores a los depresores, disminuye la sensibilidad del sistema reticular activador ascendente y aumenta la sensibilidad extrapiramidal.

Todo ello explica las reacciones hipertrofiadas a los fármacos de tipo extrapiramidal, la hipotensión arterial (sobre todo la postural), las reacciones disquinéticas tardías, la confusión mental.

Por todo ello es conveniente iniciar los tratamientos con dosis muy bajas; ser tacaño en la administración de depresores del sistema nervioso central (salvo que exista agitación) e interpretar –en principio– el insomnio como síntoma de otra enfermedad (enfermedad orgánica general; deterioro orgánico cerebral; hecho traumático psicosocial, psicótico y especialmente depresivo (mejorará espectacularmente con la terapia específica).

La vejez, estadísticamente, es la época de la vida en la cual es más probable la aparición de depresiones.

El diagnóstico de la existencia o no de depresión debe hacerse correctamente, a tiempo y en forma dada la trascendencia del cuadro clínico.

Es peligroso que pasen desapercibidas “depresiones” donde parece no haberlas pero, al mismo tiempo, hay que descartar “depresiones” en todos aquellos casos en que parecen existir.

En resumen, la **DEPRESIÓN** es un estado donde se pierde la relación objetal, se torna imposible realizar actividades, el estado de ánimo es profunda y dolorosamente triste, hay cesación de interés por el mundo exterior, se pierde la capacidad de amar, se inhiben las funciones, disminuye la autoestima, se padecen trastornos del sueño y del apetito, hay abulia (tengo ganas pero no puedo; no me llama la atención); puede haber síntomas psicóticos francos, pensamientos de muerte, ideación suicida y tentativas de suicidio.

En gerontología, el reconocimiento de la depresión se hace difícil; este estado tiende en los viejos a amplificar los síntomas físicos o las dolencias del cuerpo ocultando así los problemas psíquicos.

La incidencia de la depresión en los viejos mayores de 60 años que viven en la comunidad es del 4-6% (esta cifra se duplica en los viejos institucionalizados).

En los viejos, el curso de la depresión tiende a ser más crónico; los episodios recurrentes son más largos y las remisiones más cortas.

El 90% de las depresiones entran a la consulta por el médico generalista en el nivel de atención primaria de la salud.

NO todas las depresiones en los viejos son de origen cerebral, estructural, endógena o bioquímica, por ello, NO deben ser tratadas con psicofármacos incisivos a largo plazo.

Los viejos, cuanto más lo son, sufren “pérdidas” sucesivas y acumulativas y pueden reaccionar en forma desmedida ante ellas. La más frecuente de estas pérdidas es el DUELO (de dolus = dolor; duellum = relacionado con duo (dos)); es la rotura de un vínculo que es conflictivo y cuya resolución es dolorosa (ej.: pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente). De lo que se trata, es aceptar la pérdida y lograr la adecuada supervivencia del sujeto. Los duelos, que en su mayoría son normales; NO se tratan con medicamentos, sólo hay que acompañarlos. Estos duelos NO son depresiones en el sentido psicológico o psiquiátrico.

El “DUELO PATOLÓGICO”, en el que la tercera fase o de readaptación fracasa puede contener, frecuentemente, ideas suicidas, síntomas melancólicos (36%) y delirios (23%).

NO existe un tipo de depresión que aparece exclusivamente en la vejez y que es específica de ella, como tampoco existe relación significativa entre lesiones cerebrales y las manifestaciones clínicas.

En los viejos, los estados prodrómicos, anticipatorios, larvados o enmascarados de la depresión son: pérdida de interés, abulia e insomnio y pueden estar acompañados de sentimientos de culpa (autoreproche), nihilismo, ruina, hipocondría.

A veces, el peligro de suicidio es grande. Su máxima incidencia se presenta cuando el cuadro depresivo comienza a ceder (cuando la inhibición deja paso a la posibilidad de acción motriz).

Recordemos, por fin, que hay en la vejez trastornos depresivos debidos a enfermedad o al consumo de medicamentos: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, deficiencia de vitamina B12, hipotiroidismo, lupus eritematoso diseminado, infecciones virósicas, algunos tipos de cáncer, dosis altas de hipotensores, corticoides y esteroides anabolizantes.

***Dr. Leonardo Strejilevich***

Médico

Neurogerontología – Neurogeriatría

Master en Gerontología Social

Universidad Autónoma de Madrid

República ARGENTINA

E-mail: [leonardostrejilevich@hotmail.com](mailto:leonardostrejilevich@hotmail.com)