

Depresión en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Depression in the elderly. Study in patients of the outpatient clinic at the Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Capuñay Chafloque José*, Figueroa Alvarado Marcos, Varela Pinedo Luis***.**

*Médico Residente de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia

**Médico Cirujano en rotación en el servicio Geriatria del Hospital Cayetano Heredia

***Médico Asistente en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Coordinador del Residentado Médico en la Especialidad de Medicina Interna y Geriatria. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

SUMMARY

Objective: To establish the prevalence of depression symptoms and major depression in the elderly. **Material and methods:** A prospective, transversal and descriptive study was carried out including 60 elderly patients of the outpatients clinic of the Hospital Nacional Cayetano Heredia, between april and may of 1995. **Results:** We found depression symptoms in 75% of the patients. There was mayor depression in 18.3% of the patients. The most frequent symptoms of depression were: depressive mood, sleep disturbances, loss of energy. Finally we did a revision of the literature about depression in olf patient (*Rev Med Hered 1996; 7: 172-177*).

KEY WORDS: Elderly, depression mayor, outpatients.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de la depresión mayor en el adulto mayor. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo y transversal tipo entrevista de carácter descriptivo en pacientes adultos mayores que acudieron a la consulta ambulatoria de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia, entre abril y mayo de 1995. **Resultados:** Se encontró que 75% presentaba algún síntoma depresivo y

el 8.3% de pacientes tenían depresión mayor según DSMIV. Los principales síntomas depresivos fueron estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño y pérdida de energía. Además se realizó revisión de la literatura sobre el tema de depresión en adultos mayores. (*Rev Med Hered 1996; 7: 172-177*).

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, depresión mayor, pacientes ambulatorios.

INTRODUCCION

En las últimas décadas, los países desarrollados han incrementado dramáticamente el número de adultos mayores, en EEUU representan el 10.3% de su población (1) y estas cifras tienden a aumentar. De acuerdo al censo de 1993, los adultos de 60 años o más representan el 7% de la población total (2), con una proyección del 12% para el año 2000 según Sobrevilla (3). Esto nos demuestra claramente el crecimiento de la población de adultos mayores, un problema de salud pública real y creciente.

El síndrome depresivo es un problema frecuente en la consulta externa de medicina y origina una gran incapacidad en la población (4), en estudios epidemiológicos en EEUU, sobre depresión mayor en adultos mayores la prevalencia va desde 1,6 a 3% (5,6); a diferencia de la población general donde la prevalencia de depresión mayor en varones es de 2 a 3% y en mujeres 5 a 9% y en promedio de 3 a 5% (7). Sin embargo en adultos mayores la prevalencia de depresión mayor en consultorio externo de medicina se encuentra en el rango de 7 a 17%, según algunos autores (8,9). En nuestro medio algunos trabajos sobre la prevalencia de síntomas depresivos en adultos jóvenes en la consulta de Gastroenterología encuentran 61.7% y en los pacientes de los consultorios de medicina 64.7%, estos trabajos fueron medidos por el BDI (Beck Depression Inventory). Por otra parte en estudios en EEUU los síntomas depresivos en adultos mayores que acuden a los consultorios externos se encuentran entre 16.5 y 34.7% (8).

En vista de la frecuencia relativamente alta del síndrome depresivo en la consulta en medicina, al no contar con dicho estudio en nuestro medio y siendo creciente la población de adultos mayores, decidimos realizar el presente trabajo para evaluar la prevalencia de síntomas depresivos y de depresión mayor en pacientes adultos mayores en un hospital general y a propósito de éste estudio realizar una revisión sobre las características clínicas, diagnóstico y terapéuticas en el paciente adulto mayor.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó el presente estudio prospectivo, transversal tipo entrevista de carácter descriptivo durante los meses de abril y mayo de 1995, en el servicio de consulta externa de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

Se calculó el tamaño muestral para una prevalencia de depresión mayor de 12%, sabiendo que en un año acuden al HNCH 4939 pacientes mayores de 60 años (10).

Se utilizó una ficha en la que se encontraban algunos datos personales y los criterios diagnósticos de depresión mayor DSMIV editada en castellano (7) (Tabla N° 1).

TABLA N°1: CRITERIOS PARA EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (DSM-IV)

A. Presencia de cinco (o más) síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo, o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más de 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

(4) Insomnio o hipersomnia casi cada día.

(5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no simples sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

(6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

(7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestares clínicamente significativos o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Se entrevistaron 60 pacientes al azar que acudieron al consultorio de medicina del HNCH.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 60 pacientes, 18(30%) fueron varones y 42 (70%), mujeres. La edad promedio fue de 72.6 años en el total de la muestra y de 72.6 y 70.6 años en el total de la muestra y de 72.6 y 70.6 años en varones y mujeres, respectivamente.

El 75% de los pacientes presentaba algún síntoma depresivo: 11 varones (24.4%) y 34 mujeres (75.6%).

En lo que respecta a depresión mayor se encontró a 11 pacientes (18.3%): 1 varón (9.1%) y 10 mujeres (90.9%). La edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72.7 años.

Los síntomas depresivos en orden de frecuencia fue: Estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño, astenia, pérdida importante del sueño (Tabla N°2).

Tabla N°2. Síntomas depresivos en el adulto mayor, según sexo.

	Masculino	Femenino	Total
1. Estado de ánimo depresivo	4 (15.4%)	22 (84.6%)	26
2. Alteración de sueño.	5 (23.8%)	16 (76.2%)	21
3. Pérdida de energía.	1 (06.3%)	15 (93.7%)	16
4. Variación de peso.	6 (42.9%)	8 (57.1%)	14
5. Pérdida de la concentración	5 (35.7%)	9 (64.3%)	14
6. Pérdida de interés o anhedonia	3 (23.1%)	10 (76.9%)	13
7. Sentimientos de minusvalía	3 (27.3%)	8 (72.7%)	11
8. Pensamientos de muerte	1 (11.1%)	8 (88.9%)	9
9. Alteración psicomotriz	4 (66.7%)	2 (33.3%)	6

DISCUSION

La proporción de pacientes con "síntomas depresivos" (uno o más síntomas de criterio diagnóstico DSMIV) de 75% en adultos mayores, es mucho mayor que lo señalado en otros estudios que reportan de 16 a 34% (8), a pesar de no ser comparables los métodos utilizados.

Para estudios posteriores se debería usar alguna escala para medir síntomas depresivos como el BDI que incluso ya está validado en nuestro medio (11) o algunas para medir síntomas depresivos creadas para los pacientes adultos mayores, tales como Geriatric Depression Scale (GDS).

En lo que respecta a depresión mayor nosotros encontramos una frecuencia relativa de 18.3%, discretamente más elevado al compararla con algunos trabajos en EEUU. (8) y con predominio en el sexo femenino al igual que la literatura extranjera (7). Es importante señalar que nuestra muestra estuvo conformada mayormente por mujeres (70%) lo que constituiría un sesgo. Además hay que mencionar que en Inglaterra hay algunos trabajos sobre depresión donde se muestran similares porcentajes para varones y mujeres (12).

En lo que respecta al hallazgo de ansiedad encontramos que un 76.6% lo presentaba y de ellos el 56.6% fue de sexo femenino; si bien esto probablemente no tenga mucha validez ya que no se ha usado una escala apropiada para medir ansiedad, este valor se encuentra relativamente alto y nos haría pensar que se debería investigar más sobre este síndrome y su relación con la depresión en los pacientes adultos mayores en nuestro medio.

En la práctica de la medicina interna en los adultos mayores por ser un grupo que presenta característicamente una sintomatología diferente en las enfermedades más comunes (por ejemplo, en Diabetes Mellitus una de las características clínicas más frecuente con que debutan los pacientes adultos jóvenes es la triada clásica de poliuria, polidipsia y polifagia; esto en pacientes adultos mayores es raro) (13), al evaluar un paciente adulto mayor aparte de enfocar el lado orgánico que ya es difícil, no se debe olvidar el aspecto psíquico, sobre todo la depresión.

Esta toma sus propias características en los pacientes adultos mayores, coexistiendo con múltiples enfermedades terminales, enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares, desórdenes neurológicos, con compromiso del sensorio por alguna de ellas, trastorno en los órganos de los sentidos: disminución o pérdida de la agudeza visual y auditiva, disminución de la actividad física, debilidad, pobre locomoción ya sea como secuela o por poca masa muscular, creando y existiendo múltiples problemas psicosociales, y dependencia (14,15,16,17,18).

El adulto mayor a diferencia del adulto joven presenta con más frecuencia síntomas de somatización e hipocondría; particularmente, es más vulnerable a episodios de depresión con características melancólicas, además de sentimientos de inutilidad, autoculpa (especialmente acerca del pecado y sexo), con paranoia e ideas suicidas (19).

La presentación de depresión en el paciente adulto mayor refleja frecuentemente el ciclo de vida, caracterizado por la pérdida de seres queridos, pérdida del empleo y problemas económicos; así mismo en el grupo de adultos muy mayores la depresión se encuentra altamente elevada por la disfunción física y pérdida del estatus (20).

El trastorno depresivo mayor en el adulto mayor puede acompañarse de quejas sobre el deterioro de la memoria, dificultad en el pensamiento y capacidad de concentración, y reducción de la capacidad intelectual (7). Además, se encuentra alta frecuencia de falla cognitiva (21).

El nivel de depresión en el adulto mayor predice el nivel de función cognoscitiva (22); a menudo es difícil determinar si los síntomas cognoscitivos se explican mejor por demencia o por episodio de depresión mayor, de allí el término de pseudodemencia (7). Esto último es de mucha importancia porque algunos pacientes que presentan cierta sintomatología de demencias pueden ser catalogados como portadores de enfermedad de Alzheimer y ser tratados en forma inadecuada.

Poon, encuentra que el patrón de compromiso de la función cognitiva en depresión y demencia son diferentes y pueden diferenciarse usando variables de medición y señala que el término de pseudodemencia es inapropiado y recomienda abandonarlo (23).

Hay alguna evidencia que sugiere que la depresión en el adulto mayor se encuentra asociado con baja frecuencia de la población general en la que se encuentra que es 1.5 a 3 veces más frecuente en los familiares biológicos de primer grado (7,21).

En el adulto mayor es a menudo difícil determinar el significado y la etiología de sus síntomas, por ejemplo, se sabe que el disturbio del sueño es una característica de depresión y puede ayudar a hacer el diagnóstico de depresión mayor en adultos jóvenes, pero es difícil evaluar éste síntoma en un paciente adulto mayor quien tiene dificultades para dormir hace 10 años. Similar problema existe para síntomas depresivos tales como: pérdida de apetito, disminución de peso, pérdida de la concentración, fatiga, etc (24).

Si bien es cierto que la tasa de depresión mayor disminuye en los pacientes mayores de 60 años en comparación con adultos jóvenes, posiblemente esto debe a varios factores, entre los cuales sobresale la presentación "atípica" en el adulto mayor, lo que dificulta el diagnóstico, siendo estos síntomas tratados como parte de la condición médica (25).

El reconocimiento de depresión en el adulto mayor es más difícil porque el paciente es reacio a manifestar dichos síntomas, porque el clínico no pregunta por los síntomas depresivos y asocia éstos incorrectamente a procesos de la edad, además de la dificultad de apreciar las fallas en el diagnóstico por la baja expectativa funcional y productividad de este grupo (26,21).

Strokes refiere que es importante buscar cambios en la conducta como un indicador de depresión, es decir, conocer si el paciente continua haciendo las cosas que normalmente le interesaban (24).

El uso de algunos test: BDI (Beck Depression Inventory) o mucho mejor GDS; MMSE (Mini-Mental State Examination), puede ser de gran utilidad para ayudar a evaluar un diagnóstico correcto de depresión en el adulto mayor y diferenciarlo del cuadro de pseudodemencia.

La exclusión de una causa orgánica de depresión es de primer orden (27,28), lo que implica elaborar una anamnesis meticulosa, realizar un examen clínico exhaustivo y el pedir un mínimo basal de pruebas de laboratorio, porque la posibilidad de tener una o varias enfermedades es alta, teniendo especial cuidado de déficit nutricional, TBC, neoplasias, enfermedades endocrinas, etc.

Es interesante observar cómo puede ser la relación entre depresión y enfermedad física y orgánica, son muchas las posibilidades entre ellas, que no solamente son teóricas sino

que se ven en la práctica clínica, particularmente en los pacientes adultos mayores. Muchas veces la mejoría de la enfermedad afectiva. Mierlak realizó un estudio de 32 pacientes infectados VIH que fueron evaluados por depresión al momento de ingreso y egreso, se demostró que a pesar de la mejoría del malestar y del funcionamiento físico, aquellos con severos síntomas depresivos al ingreso mantuvieron los mismos síntomas al egreso (29).

Ballenger afirma que con los criterios diagnósticos del DSM III-R, hay pacientes que incluso con dos síntomas criterio puede predecirse morbilidad y algunas evidencias sugieren que la morbilidad es tan grande como aquellos que tienen cuatro síntomas. Es un error pensar que nosotros tengamos el diagnóstico de depresión mayor acorde al DSM III-R ante pacientes que merecen o pueden beneficiarse de tratamiento (24).

A menudo, la depresión mayor es pasada por alto en el adulto mayor, contribuyendo al elevado riesgo de suicidio en este grupo comparado con los adultos jóvenes (30). Las estadísticas en EEUU muestran que en 1988 la tasa de suicidios en la población general fue de 12.4/100.000 y de 26.5/100.000 en el grupo de 80 a 84 años; siendo aún más sorprendente que más del 75% de éstas personas había visitado a algún médico un mes antes del suicidio (21). El desarrollo de depresión mayor en el adulto mayor está fuertemente asociado a muerte por suicidio y a diferencia de otros grupos de edades al reconocimiento es, a menudo, embarazoso por la discapacidad y/o hermetismo del paciente en referir dichos síntomas, como ya ha sido mencionado (31).

La prevención del suicidio en el paciente adulto mayor ha recibido poca atención, cerca del 80% de los pacientes adultos mayores con intento suicidas tuvieron depresión mayor y con clara tendencia a ser del grupo de adultos muy mayores (32). Son pocos los suicidios que ocurren en el contexto de una enfermedad terminal (33).

Una forma de suicidio en el adulto mayor que debe tomarse en cuenta es el "suicidio crónico", en él paciente presenta desinterés por comer y nutrirse o deja de tomar medicamentos indispensables para su supervivencia, llegando a causar su muerte (24).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1.National Center for Health Statistics. Vital Statistics of the United States-1987: Life Tables. Public Health Service 1990.

2.Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú – Compendio Estadístico 93-94. Dirección Nacional de Censos y Encuestas / INEI.

3.Sobrevilla L, Chu M. Perú 2025: El desafío demográfico. Lima: IEPO/UPCH; 1989.

4.Reynolds CF, Zubenko GS, Pollock BG, et al. Depression in late life. Curr Opin Psychiatry 1994; 7: 18-21.

5.Medianos MG, Gournas G, Stefanis CN. Depressive Symptoms and depression among elderly people in Athens. Acta Psychiatr Scand 1992; 84(4): 320-6.

6. Blazer D. Depressive symptoms and depressive diagnoses in a community population: Use of a new procedure for analysis of psychiatric classification. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1078-84.
7. American Psychiatric Association, DSM. IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington DC, 1995.
8. Doetch TM, Alger BH. Detecting depression in elderly outpatients: Findings from depression symptoms scales and the Dartmouth CODP charts. *Fam Med* 1994; 26(8): 519-23.
9. Van Marwijk H, Hoeksema HL. Prevalence of depressive symptoms and depressive disorder in primary care patients over 65 years of age. *Fam Pract* 1994; 11(1): 80-4.
10. Merino R, Varela L, Manrique De La Lara G. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado, orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. *Rev Med Hered* 1992; 3: 51-59.
11. Novara J, Sotello C. Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi; 1985.
12. Dewey ME, Copeland JR. Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 368-73.
13. Brown DL, Thomas W, et al. Diabetes: Tight control in a comprehensive treatment plan. *Geriatric* 1994; 49(6): 24-34.
14. Bressler R, Katz MD. Drug therapy for geriatric depression. *Drugs Aging* 1993; 3(3): 195-219.
15. Bazargan M, Hamm VP. The relationship between chronic illness and depression in community of urban black elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995, 50(2): S 119-27.
16. Kawakami N, Ido M. Prevalence and correlates of depressive episode among the elderly in community in Japan. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1995; 42(9): 792-8.
17. Osada H, Shibata M. Relationship of physical condition and functional capacity to depressive status in person aged 75 years. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1995; 42(10): 897-909.
18. Williamson GM, Schulz R. Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging*. 1992; 7(3): 343-51.
19. Kaplan. *Geriatric Psychiatry*. EEUU; 1994.
20. Mirowsky J, Ross CE. Age in depression. *J Health Soc Behav* 1992; 33(3): 187-205.

- 21.NIH Consensus Conference. Diagnosis and Treatment of Depression in late life. JAMA 1992; 268(8): 1018-24.
- 22.Lichtenberg PA, Ross T. The relationship between depression and cognition in older adults: A cross-validation study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 1995; 50(1): 23, 25-32.
- 23.Poon LW. Toward an understanding of cognitive functioning in geriatric depression. Int Psychogeriatr 1992; 4 (suppl 2): 241-66.
- 24.Chief RN, Butler MD. Antidepressant therapy in elderly: New directions. Geriatric 1993; 48(Suppl 2): 1-20.
- 25.Monfort J. Depression in the aged patient: Bibliographic review. Ann Med Psychol Paris 1994; 152(8): 511-28.
- 26.Lyness LM, Cox C. Older age and the underreporting of depressive symptoms. J Am Geriatric Soc 1995; 43(3): 216-21.
- 27.Finch EJ, Ramsay R. Depression and Physical illness in elderly. Clin Geriatr Med 1992; 8(2): 275-87.
- 28.Brodsky H. Think of depression atypical presentations in the elderly. Aust Fam Physician 1993; 22(7): 1195-203.
- 29.Mierlak D. Depression and medical illness in AIDS. 147 th Annual Meeting Am Psychiatric Assoc; 1994;
- 30.Casey DA. Depression in the elderly. South Med J 1994; 87(5): 559-63.
- 31.Martin LM, Fleming KL. Recognition and management of anxiety and depression in elderly patients. Mayo Clin Proc 1995; 70(10): 999-1006.
- 32.Lyness JM, Conwell Y. Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. J Am Geriatr Soc 1992; 40(4): 320-4.
- 33.Draper BM. Prevention of suicide in old age. Med J Aust 1995; 162 (10): 533-4.

Correspondencia:

Dr. Luis Varela Pinedo

Departamento de Medicina, Hospital Nacional Cayetano Heredia

Av. Honorio Delgado s/n. San Martín de Porres.

Lima, Perú