



## Depresión en ancianos

*Jorge Hernán López Ramírez MD., Profesor Asistente, Medico Internista, Departamento de Medicina Interna. Dora Linda Gómez Mora MD., Docente Adscrita, Departamento de Psiquiatria, Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional. de Colombia.*

Se ha observado una alta prevalencia de depresión y de síntomas depresivos en ancianos, mayor en aquellos que viven en ancianatos. Tomamos 2 grupos de ancianos, el primero conformado por las personas mayores de 60 años que asisten a una consulta médica ambulatoria y el segundo por sujetos que viven en un ancianato para personas indigentes. Cada grupo estuvo conformado por 36 viejos apareados al azar por edad y sexo. Encontramos que 5.6 % de los pacientes del grupo ambulatorio tenían síntomas depresivos mientras que 36.1% de los institucionalizados los presentaban (  $p = 0.004$ ). Sin embargo, la diferencia entre los dos grupos para la presencia de depresión mayor no fue significativa (un paciente entre los institucionalizados y dos pacientes en el grupo ambulatorio) (  $p = 0.5$ ). Concluimos que los síntomas depresivos son frecuentes entre las personas de edad avanzada, especialmente entre aquellas institucionalizadas.

### SUMMARY

Old people shows a high prevalence of depression and depressive symptoms, especially when they are residents in shelters. We studied 2 groups of elderly patients (60 or more years old): Residents of a shelter and outpatients. There were 36 olds in each group randomly assigned by age and gender. We found a prevalence of depressive symptoms of 5.6 % in the ambulatory group and 36.1 % in the inpatients. (  $p = 0.004$  ). The incidence of major depression in both groups was nearly the same. We can conclude that depressive symptoms are frequent in the elderly specially those institutionalized.

### INTRODUCCION

Cerca de 10 por ciento de ancianos en la población general y entre 20 y 64 por ciento de ancianos hospitalizados por enfermedad física presentan sintomatología depresiva (3,10,12).

En este mismo grupo de edad, la incidencia de depresión mayor se acerca a 2 % en la población general, a 15 % en ancianos hospitalizados y a 20 % en aquellos reclusos en ancianatos.

Según el DSM III R se hace diagnóstico de "síndrome depresivo" cuando se encuentran síntomas depresivos asociados a otros síntomas en un periodo de tiempo (1). Los síntomas de síndrome depresivo son:

1. Estado de ánimo deprimido como sentimientos de malestar, desesperanza y desánimo o fascies depresiva.

2. Pérdida de placer o interés en casi toda actividad.

3. Síntomas asociados, como alteración del apetito (anorexia o hiperfagia) disminución o aumento de peso, insomnio o hipersomnio; agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos inadecuados de culpa, déficit de concentración, ideas suicidas, llanto, ansiedad, angustia, fobias etc.

Se hace diagnóstico de depresión mayor cuando cinco o más de estos síntomas han estado presentes por más de dos semanas. El diagnóstico no tiene lugar si hay factor orgánico causal demostrado; si es una reacción normal por alguna pérdida y; si se superpone a otro trastorno psiquiátrico mayor como esquizofrenia o trastorno psicótico no especificado (1,2,16).

Las manifestaciones clínicas, así como la respuesta al tratamiento, no

son muy diferentes entre ancianos y personas más jóvenes (8,9).

Sin embargo, el manejo en el paciente de edad avanzada se complica debido a mayor toxicidad de los medicamentos, dada por los cambios en el metabolismo hepático o la disminución en la excreción renal de algunos de ellos. A lo anterior se suman las complejas interacciones medicamentosas presentes en el grupo de personas mayores que con frecuencia toman dos o más fármacos, así como las alteraciones cognoscitivas intercurrentes y los factores culturales, familiares y socioeconómicos (2,4,5,6,7,11, 13,15).

En nuestro estudio deseamos detectar y comparar la incidencia de depresión en dos grupos geriátricos diferentes, un grupo institucionalizado y otro grupo ambulatorio, con la hipótesis de que la incidencia de depresión mayor y síntomas depresivos era más alta en

los ancianos institucionalizados que en los ancianos ambulatorios.

**MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio analítico de casos y controles.

Se tomaron dos grupos de pacientes apareados al azar por edad y sexo. El grupo de casos estaba conformado por personas mayores de 60 años que se encuentran institucionalizadas en el Hogar San Pedro de la Beneficencia de Cundinamarca en la ciudad de Santafé de Bogotá, donde residen más de 200 personas entre ancianos y discapacitadas. Era requisito que aceptasen cooperar en el trabajo de investigación y que no tuviesen criterios de exclusión.

El grupo control lo conformaron los pacientes mayores de 60 años que asistían a la consulta del servicio médico de los trabajadores del Hospital San Juan de Dios (SERVIMED ) y que aceptaran ingresar al estudio y que no tenían criterios de exclusión.

A cada uno de los pacientes en ambos grupos se les aplicaba el Test de Depresión Geriátrica de Yesavage modificado, y que conta de 15 ítems (anexo). Los pacientes con cinco respuestas depresivas, o menos, se consideraron personas sin depresión.

Los pacientes con seis respuestas depresivas o más, eran valorados por el médico psiquiatra dentro de las dos primeras semanas del test.

La valoración psiquiátrica se hacía mediante entrevista semiestructurada y en ella se determinaba si el paciente tenía depresión mayor, depresivos o ninguna de estas dos situaciones.

De acuerdo con esto, al final del estudio los pacientes se clasificaban en uno de tres grupos:

- I. Pacientes sin síntomas depresivos
- II. Pacientes con síntomas depresivos
- III. Pacientes con depresión mayor

Además de lo anterior se tomaron en consideración los diagnósticos médicos estaba recibiendo regularmente. Los estudiantes se aparearon por edad y sexo y se estudiaron en total 72 pacientes (36 en cada grupo).

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

Dificultades en la comunicación que impidieran la comprensión del test y la entrevista por parte del paciente; enfermedad mental severa como psicosis, retardo mental, demencia franca etc; cáncer terminal; enfermedad orgánica incapacitante que requiriera hospitalización; duelo en los 6 meses precedentes.

Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de t en un sentido y se consideró significancia estadística una p menor de 0.05

**RESULTADOS**

Se examinaron en total 72 pacientes, 36 en cada grupo.

El promedio de edad fue 71.8 años para los ancianos ambulatorios y 71.3 para los institucionalizados. Cada grupo constaba de 11 mujeres (69.5%).

En cuanto al número de entidades clínicas diagnosticadas no hubo diferencias significativas entre los dos grupos como se aprecia en la Tabla 1.

Tampoco hubo diferencia significativa en relación a las enfermedades subyacentes, siendo la hipertensión arterial la entidad más frecuentemente diagnosticada; 19

**Tabla 1. Diagnósticos.**

	Grupo Ambulatorio		Grupo Institucionalizado	
# Pacientes	36		36	
Promedio de edad	71.8 años		71.3 años	
Hombres	11(30.5%)		11(30.5%)	
Mujeres	25(69.5%)		25(69.5%)	
Número Diagnós.	Ninguno	4 (11.1%)	5 (13.9%)	11 (30.5%)
	1	12 (33.3%)	12 (33.3%)	12 (33.3%)
	2	14 (38.9%)	6 (16.7%)	6 (16.7%)
	3	5 (13.9%)	2 (5.6%)	2 (5.6%)
	4 ó más	1 (2.8%)		
Diagnósticos	HTA	19(52.8%)	15 (41.7%)	
	OA	7 (19.4%)	9 (25%)	
	EPOC	7 (19.4%)	9 (25%)	
	EAP	5 (13.9%)	5 (13.9%)	
	Sano	4 (11.1%)	5 (13.9%)	

**HTA:** Hipertensión arterial. **OA:** Osteoartritis. **EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. **EAP:** Enfermedad ácido péptica.

pacientes ( 52.8%) en el grupo ambulatorio y 15 (41.7%) en el grupo institucionalizado (Tabla 1). La tabla 2 muestra los diferentes medicamentos y el número de ellos, administrados en los dos grupos. Los hallazgos mas importantes se describen en la tabla 3.

**Tabla 2. Drogas.**

	Grupo Ambulatorio		Grupo Institucionalizado	
# Drogas	Ninguna		7 (19.5%)	
	6	(16.7%)	26	(72.2%)
	1-3	25 (69.4%)	3	(8.3%)
	4 ó más	5 (13.9%)		
Principales Drogas	AHVD	20 (55.6%)	13 (36.1%)	
	BD	6 (16.7%)	4 (11.1%)	
	AINES	7 (19.4%)	8 (22.2%)	
	INOT	4 (11.1%)	3 (8.3%)	
	A U	4 (11.1%)	2 (5.6%)	

**AHVD:** Antihipertensivos y vasodilatadores. **BD:**Broncodilatadores. **AINES:** Antiinflamatorios no esteroides. **INOT:** Digital y otros inotrópicos. **AU:** Antiácidos y antiulcerosos.

Encontramos que sólo dos (5.6% ) de los ancianos ambulatorios presentaban síntomas depresivos, sin reunir criterios diagnósticos de depresión mayor comparados con 13 viejos del ancianato (36.1 %) (p=0.004). Al

**Tabla 3.** Resultados de acuerdo a síntomas depresivos y depresión mayor.

	G. AMB	G. INST.	TOTAL	p
Sin síntomas depresivos ni depresión mayor	32 (88.9%)	22 (62.1%)	54 (75%)	0.014 *
Con síntomas depresivos sin depresión mayor	2 (5.6%)	13 (36.1%)	15 (20.8%)	0.004 *
Con depresión mayor	2 (5.6%)	1 (2.8%)	3 (4.2%)	0.5 NS

\* p significativa.  
NS: p No significativa

contrario de lo esperado, hubo mayor número de pacientes con depresión mayor en los ambulatorios, 2 casos (5.6 %) contra un caso en el grupo de institucionalizados (2.8 %). Sin embargo este valor no alcanzó significancia estadística ( $p = 0.5$ ).

## DISCUSION

El segmento de personas mayores de 65 años es el que muestra el mayor incremento poblacional en todo el mundo y el abordaje clínico de este grupo es complejo, tanto en su aspecto físico como mental.

La depresión es una de las alteraciones psiquiátricas más comunes en los viejos; por ejemplo, alrededor de 10 por ciento de los ancianos que viven en la comunidad presentan síntomas depresivos; sin embargo, vale la pena recalcar, que la depresión mayor ocurre con menos frecuencia que en personas más jóvenes (3).

Comparamos dos grupos diferentes de ancianos: un grupo ambulatorio y otro residente en un ancianato, en los que se sabe la presencia de depresión y síntomas depresivos es diferente y encontramos resultados acordes a los descritos en la literatura.

Así por ejemplo, 11.2 % del grupo de ancianos ambulatorios tuvo síntomas depresivos o depresión mayor, mientras que estos mismos eventos se presentaron en 38.9 % de los ancianos confinados en un ancianato.

Como puede observarse, no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes, el número de diagnósticos, ni de medicamentos recibidos; esto es importante al analizar los resultados, pues es bien conocido el efecto que algunas drogas pueden tener sobre el estado de ánimo especialmente en este grupo de edad o el mayor número de síntomas depresivos asociados a enfermedades orgánicas.

Los resultados de esta investigación deben interpretarse con cautela para evitar generalizaciones e inferencias incorrectas para lo cual haremos algunas especificaciones. Nuestro grupo ambulatorio estaba conformado por ancianos de la comunidad con alto grado de independencia funcional en sus actividades básicas, y pertenecientes a los grupos socio económicos medio y bajo. Por su parte, los ancianos institucionalizados presentaban mayor grado de dependencia física (datos no mostrados) y todos los pacientes pertenecían a

grupos de extrema pobreza.

Los dos factores descritos, funcionalidad y condición socio-económica (datos no mostrados) son importantes al analizar las manifestaciones depresivas y pueden explicar en parte las diferencias observadas en ambos grupos.

También vale la pena tener en cuenta que el grupo ambulatorio no es fiel reflejo de todo el conglomerado de ancianos que viven en una ciudad como Santafé de Bogotá, ni que los ancianos institucionalizados son los más representativos de los viejos que residen en ancianatos por las consideraciones expuestas previamente.

Con el envejecimiento las personas se hacen más disímiles unas de otras, de allí que los grupos de ancianos sean de por sí heterogéneos, haciendo las comparaciones más equívocas, lo cual agrega dificultades a los estudios epidemiológicos realizados con personas de edad avanzada como es el caso en nuestra investigación.

En nuestra investigación se hace evidente que la depresión y los síntomas depresivos son problemas reales en la población vieja, más aún en el institucionalizado. Por tanto, se hace necesario que el médico de atención primaria sepa diagnosticar y tratar la depresión de sus pacientes ancianos y remitir en forma oportuna y adecuada los casos que lo ameriten.

También se hace necesario que haya más investigación sobre este y otros problemas afines en grupos de edad avanzada, que nos permita mejorar conocimiento al respecto y así implementar medidas preventivas y terapéuticas acertadas.

**ANEXO**

**Test de depresión geriátrica de Yesavage.**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. ¿Se siente satisfecho con su vida?	---	---
2. ¿Ha perdido interés en sus cosas?	---	---
3. ¿Su vida le parece vacía?	---	---
4. ¿Se siente aburrido con frecuencia?	---	---
5. ¿Esta de buen genio la mayor parte del tiempo?	---	---
6. ¿Siente temor de que algo malo le vaya a ocurrir?	---	---
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	---	---
8. ¿Se siente desamparado con frecuencia?	---	---
9. ¿Le parece mejor quedarse en su casa que salir o hacer cosas nuevas?	---	---
10. ¿Cree tener peor memoria que las demás personas?	---	---
11. ¿Le parece maravilloso estar vivo?	---	---
12. ¿Se considera una persona sin valor?	---	---
13. ¿Se siente lleno de energías?	---	---
14. ¿Siente que su situación actual no tiene esperanza?	---	---
15. ¿Le parece que los demás son mejores que usted?	---	---

- Dé un punto a las siguientes preguntas respondidas **NO**: 1-5-7-11-13
- De un punto a las siguientes preguntas respondidas **SI**: 2-3-4-6-8-9-10-12-14-15.

**Normal :** 1 - 4  
**Levemente deprimido:** 5 - 9  
**Muy deprimido:** 10 ó más.

**AGRADECIMIENTOS**

Los autores desean expresar sus agradecimientos a la Hermana Carmen Emilia Pareja, Directora del Hogar San Pedro, así como a todo el personal de apoyo que labora en esa institución y muy especialmente a todos los ancianos que participaron en este trabajo.

**REFERENCIAS**

1. American Psychiatric Association: DSM III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3a edición revisada; Masson, Barcelona, 1988.
2. **Alexopoulos G, Meyers B, Young R, et al:** The course of Geriatric Depression with Reversible Dementia: A controlled study. *Am J Psychiatry.* 150: 1693 - 99. 1993
3. **Blazer D:** Depression in the Elderly. *N Engl J Med.* 320; 164-166. 1992.
4. Burrows G, Norman T, Judd F: Long Term Management of Depressive Disorders. *Current Therapeutic Research.* 54:6 832-837. 1993.
5. **Cohn C, Shrivastava R, Mendels J et al:** Double Blind, multicenter comparison of Sertralina and Amythriptiline in elderly depressed patients. *J Clin Psychiatry.* 51:12. Suppl B 28 - 30. 1994.
6. **Dunner D:** Psychopharmacology I - II. *Psychiatric Clinics of North America* 16: 3-4. 1993.
7. **Gelenberg A, Bassuk E, Schonover S:** The Practitioner's Guide to Psychoactive Drugs. 3a ed; Plenum Publishing Corporation. New York. 1991.
8. **Hinrichsen, G:** Recovery and Relapse from Major Depressive Disorders in the Elderly. *Am J Psychiatry.* 149: 1575 - 79. 1992.
9. **Kaplan H, Sadock B:** Compendio de Psiquiatria; Salvat ed, Barcelona 1987.
10. **Koenig H, Meadir K, Cohen H et al:** Depression in Elderly Hospitalized Patients with Medical Illness. *Arch Intern Med.* 158: 1929 - 35. 1988.
11. **Mendels J, :** Clinical Management of the Depressed Geriatric Patient; Current Therapeutic Options. *Am J Med.* 94. ( suppl 5A ) 13 -18. 1993.
12. **Perez-Stable T, Miranda J, Muñoz R, Ying Y.** Depression in Medical Outpatients: Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med.* 150: 1083 - 88. 1990.
13. **Preskorn S, :** Recent Pharmacologic Advances in Antidepressant Therapy for the Elderly. *Am J Med.* 94(Suppl 5A) 2 - 12. 1993.
14. **Rovner B.** Depression and Increased Risk of Mortality in the Nursing Home Patient. *Am J Med* 94.( suppl 5A );19 - 22. 1993.
15. **Salzman C:** Antidepressants. *Clin Geriatr Med.* 6; 399 - 410 1990.
16. **Yesavage J.** Differential Diagnosis Between Depression and Dementia. *Am J Med;* 94 (suppl 5A) 23 - 28. 1993.