

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

# ESTADO DE ÁNIMO Y DEPRESIÓN

EN LAS PERSONAS MAYORES



ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

# ESTADO DE ÁNIMO Y DEPRESIÓN

## EN LAS PERSONAS MAYORES

## **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**

### **Autores**

Enric Álvarez, psiquiatra.

Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB, Barcelona

Consuelo Almenar, neuróloga.

Área de Psicogeriatría, Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat

Pedro Regalado, geriatra.

Área de Psicogeriatría, Hospital Benito Menni, Sant Boi de Llobregat

### **Fundació Salut i Envel·liment UAB Universitat Autònoma de Barcelona**

Sant Antoni Maria Claret, 171

08041 Barcelona

<http://salut-envelliment.uab.cat>

[fsie@uab.cat](mailto:fsie@uab.cat)

### **Patrocinio**

Fundació Agrupació

[www.fundacioagrupacio.es](http://www.fundacioagrupacio.es)

[fundacio@agrupacio.es](mailto:fundacio@agrupacio.es)

1ª edición: Barcelona, setiembre 2015

Diseño y composición: Addenda

Depósito legal: B 20674-2015

# Índice

<b>Introducción al tema: estado de ánimo y depresión...</b>	<b>5</b>
<b>El estado de ánimo del envejecimiento .....</b>	<b>7</b>
<b>¿Qué no es una depresión?.....</b>	<b>15</b>
<b>¿Qué es una depresión?.....</b>	<b>19</b>
<b>El suicidio .....</b>	<b>25</b>
<b>¿Tiene tratamiento farmacológico, la depresión?.....</b>	<b>29</b>
<b>¿Qué más podemos hacer? La prevención de la depresión en la edad avanzada .....</b>	<b>33</b>
<b>Estrategias útiles más allá de los fármacos .....</b>	<b>39</b>
<b>A modo de conclusión .....</b>	<b>47</b>



## Introducción al tema: estado de ánimo y depresión

El término *depresión* se ha vulgarizado cada vez más durante los últimos veinte años. Los profesionales que nos dedicamos a diagnosticar y tratar esta enfermedad pensamos que se emplea habitualmente con cierta frivolidad. La depresión es una enfermedad, no un estado anímico ni una actitud ante la vida. Implica, sin duda, el mayor grado de sufrimiento que puede percibir un ser humano, hasta tal punto que induce frecuentemente a preferir la muerte a la vida. En efecto, cerca del ochenta por ciento de muertes por suicidio se producen en personas que sufren una enfermedad depresiva. La gravedad del problema no es despreciable, ya que el suicidio es la primera causa de muerte externa en toda Europa, por encima de los accidentes de tráfico.

La secuencia de este texto será, en primer lugar, la descripción de los estados de ánimo tanto desde una perspectiva adaptativa como evolutiva para, posteriormente, abordar de lleno la depresión: concepto, particularidades en la edad avanzada y las posibles estrategias farmacológicas, no farmacológicas y preventivas disponibles para tratarla adecuadamente.



## El estado de ánimo del envejecimiento

### Adaptación emocional a los cambios del envejecimiento

Durante el envejecimiento, se producen una serie de cambios que requieren un importante esfuerzo de adaptación y que condicionan la evolución afectiva de la persona. Así, existen cambios biológicos, con disminución de capacidades sensoriales, disminución de algunas funciones orgánicas y aparición de patologías que conlleven incapacidad en muchas ocasiones; también se producen cambios en el estatus social, con la jubilación y la pérdida frecuente del rol social o su desplazamiento hacia roles sociales de menor importancia. Aunque existen variaciones según biografía de cada individuo, la vejez es una época, en general, marcada por las pérdidas de personas queridas (amigos, hermanos, familiares y cónyuges). Pese a que un porcentaje elevado de individuos conservan la función sexual hasta edades muy avanzadas, es cierto que también existe una disminución de la potencia sexual y de la frecuencia de relaciones sexuales.

Así las cosas, los cambios funcionales y en el aspecto físico también provocan modificaciones en la propia autoimagen que no siempre se viven positivamente. Y es que la aproximación del final de la vida y las inevitables reflexiones sobre el tiempo de vida restante (menor que el ya vivido) acompañan esta etapa vital, con el universal temor a la muerte como telón de fondo.

Todas estas circunstancias, en muchas ocasiones provocan un retraimiento social y un abandono progresivo de la conexión con actividades y relaciones que antes eran importantes para el sujeto.



Durante un tiempo se consideró que este alejamiento era una adaptación natural preparatoria para el final próximo, es decir, la muerte (teoría del desapego). Actualmente, en cambio, se considera que la adaptación a las circunstancias de la vejez es la respuesta más natural y adaptativa, y muchos sujetos consiguen vivir esta última etapa con plenitud de sentido. Esta experiencia vital positiva es tanto más probable cuanto más madurez emocional haya logrado alcanzar el sujeto durante su vida adulta.

La evolución de la personalidad y de la esfera afectiva en esta etapa de la vida dependerá de la intensidad de estos cambios, de las particularidades de cada sujeto y de la forma como se produzca la adaptación a los condicionantes antes citados.

En general, diversos estudios han demostrado la estabilidad de los rasgos de personalidad a lo largo de la vida, y no se detectan cambios relevantes durante la vejez, etapa en la que incluso pueden acentuarse algunos rasgos de carácter.

Desde el punto de vista psicológico, se han descrito los mecanismos de adaptación más frecuentes. El individuo puede recurrir a la *resistencia*, negando la inevitabilidad de los cambios e intentando prolongar, de forma excesiva y artificial, la juventud. También puede presentarse una *regresión*, caracterizada por una vuelta a situaciones de mayor dependencia propias de otras etapas de la vida y una *somatización*, con una búsqueda inconsciente de beneficios secundarios. La *angustia* suele estar presente, especialmente ante el acercamiento del final de la vida. Y, por último, también existiría la *aceptación* de la vida como una sucesión de etapas diferentes unas de otras, cada una de ellas con sus propias características, lo que constituiría un planteamiento más maduro y adaptativo.

En cuanto a los frecuentes problemas de salud propios de la edad avanzada, diversas investigaciones han demostrado que los de más difícil adaptación son los que afectan a la movilidad, así como aquellos cuyo pronóstico es incierto; en cambio, muchas enfermedades crónicas son mejor toleradas si no afectan a la funcionalidad.

Durante la vejez, el estado de salud es una preocupación importante. Aunque en muchas ocasiones se produce una negación de estos problemas, incurriendo en un abandono de los cuidados básicos de las patologías que se padecen, otras muchas veces esta preocupación lleva a que muchos ancianos sean excelentes cumplidores de los consejos de salud, por lo que las medidas preventivas que se les recomiendan resultan muy útiles.

Al contrario de lo que podría suponerse, múltiples estudios han mostrado que los ancianos describen su salud en términos mejores que las personas más jóvenes, lo que suele atribuirse a una comparación con sus congéneres o con su salud anterior; en cualquier caso, la vivencia no es tan negativa como cabría imaginar.

Las somatizaciones que se pueden presentar suelen ser una manera inconsciente de comunicarse y transmiten la demanda de ayuda ante la angustia del miedo a la muerte. En ningún caso implican la ausencia de patología, sino que más bien se trata de una manera distinta de manifestarse la enfermedad en determinados sujetos y circunstancias. Comprender esto ayuda a entender la verdadera dimensión de la enfermedad y sus consecuencias, así como a plantear planes terapéuticos más eficaces.

## Perspectiva evolutiva: El paso de los años

La evolución natural en nuestro entorno a lo largo de nuestras vidas parte de unos conocimientos y prioridades recibidos en el medio familiar —de nuestros padres especialmente—, enriquecidos con más o menos estudios y con las experiencias que vamos adquiriendo. En ese camino aparecerá posiblemente una pareja (o varias) con quien compartirla, un trabajo (o varios), hijos y amigos que, unidos a las relaciones familiares que se mantengan, constituirán nuestra red social. En una situación ideal, todo ello contribuirá a un crecimiento personal, profesional y, por supuesto, también económico.

Está claro que, conforme se van cumpliendo años, la mayoría de estos aspectos variarán en importancia y prioridad, oscilando, por ejemplo, desde el auge laboral en la cuarentena, hasta las esperanzas puestas en el descanso en la edad próxima a la jubilación. En esta misma línea, los intereses propios y los que la sociedad considera adecuados o característicos en cualquiera de nosotros serán muy diferentes según la edad.

En general, las personas mayores —se consideran tales a partir de los 65 años— han tenido años para consolidar sus conocimientos y experiencias, han creado una familia propia, con hijos o incluso con nietos, y están próximas a finalizar su etapa laboral. Hasta aquí, cualquiera pudiera pensar que con los años se ha llegado a un momento vital de felicidad, de jubileo; pero la realidad es con frecuencia otra, ya que en la edad avanzada confluyen otras circunstancias que pueden llevar a generar sentimientos de tristeza, todo lo cual puede impedir la percepción de esa merecida felicidad. Precisamente, en los próximos párrafos comentaremos algunas de estas circunstancias.

Con el paso de los años, se tiende a hacer una crítica interna de aspectos y decisiones previas importantes que, con frecuencia, suele ser desfavorable, sin pensar que la experiencia es un grado y que cada momento vital es distinto. Estos pensamientos se hacen también extensibles a las esperanzas puestas en la familia —por ejemplo: «Debería haber conseguido que mi hijo acabara la carrera, se hubiera casado con otra...»—, y la persona se culpabiliza de los logros no alcanzados y, lo que es peor, arrastrando la percepción errónea de no haber sido capaz de modificarlos. En ocasiones, esta situación de crítica puede conducir a un estado de insatisfacción más o menos permanente que, ciertamente, no le permita disfrutar de situaciones cotidianas placenteras.

El liderazgo familiar —en cualquiera de los dos sexos— se modifica con el paso de los años, y es obvio que aunque uno pueda considerar muy válida la experiencia de la vida, las generaciones posteriores, tanto hijos como nietos, dejan de valorarla progresivamente.

Aunque hay muchas enfermedades que pueden aparecer en edades tempranas, e incluso en la niñez, en las personas mayores se acumulan algunas de las patologías consideradas crónicas; entre ellas, las más frecuentes son:

- tensión arterial elevada
- diabetes tipo II
- artrosis
- colesterol elevado (perfil lipídico alterado)
- sobrepeso
- etc.

A todas habrá que prestarles la debida atención médica, pues son factores de riesgo a la hora de padecer problemas importantes de

corazón o de cerebro; de ahí la necesidad de tratamiento diario, más si cabe ante la tendencia a la pérdida de autonomía personal que sufre la gente mayor.

En este sentido, cabe decir que la asistencia sanitaria primaria de nuestro país se encarga directamente de controlar cualquiera de estos factores y dolencias, pero, en todo caso, la cronicidad y el riesgo estarán presentes en cualquiera de las personas afectadas. Además, estas enfermedades requieren un tratamiento consistente en un número considerable de pastillas cada día, y probablemente ello provoque algunos efectos no deseados (efectos secundarios) que pueden contribuir a empeorar el estado de salud percibido. Es el caso de la artrosis, que afecta a las caderas o las rodillas; buen ejemplo de enfermedad propia de personas mayores que sigue evolucionando con los años y que limita su autonomía física.

En este momento de la vida, también se acumulan las pérdidas de seres queridos —familiares o amigos—, la mayoría de edades similares al individuo. Aunque se repite con frecuencia que la muerte «es ley de vida», es un hecho que, salvo excepciones, sorprende a cualquier edad, y mucho cuando afecta a personas próximas.

En cualquier caso, el reconocimiento de que ya se van seres cercanos de la misma edad, justifica el pensamiento negativo sobre la cercanía del final de la vida. Cualquiera puede reconocer en este párrafo la búsqueda de detalles en las necrológicas de los periódicos. El duelo, aunque es obvio que puede afectarnos en cualquier etapa, reviste un especial riesgo en la edad avanzada.

Por ello, ante la pérdida de un ser próximo, debe «monitorizarse» especialmente la evolución de cómo afecta ese acontecimiento a la vida de las personas mayores. Pasados los primeros seis meses, la tendencia deseable es que el dolor y la tristeza muestren una tendencia a mejorar y a ser más modificables con la presencia de actividades y noticias de agradables. Transcurridos entre uno y dos años a lo sumo, el recuerdo de la persona querida debe ser más sereno y menos doloroso, con más recuerdos de situaciones y anécdotas agradables. Si no es así, deberá intervenir el médico para descartar que el duelo se haya complicado y que el sujeto presente una depresión que, entonces sí, requerirá tratamiento farmacológico.





## ¿Qué no es una depresión?

La mejor manera de entender el concepto de enfermedad depresiva es comentar brevemente todo aquello *que no es una depresión*.

Para empezar, se debe aclarar la noción de *tristeza*: una emoción o estado anímico primario reactivo a determinadas situaciones que lo provocan. A este respecto, la muerte de una persona querida sería el máximo exponente de un acontecimiento vital triste, pero son muchas las situaciones que vivimos a diario que potencialmente nos pueden inducir situaciones de tristeza, desde las más banales, como la pérdida de una competición deportiva o ver una película de temática dramática, hasta problemas económicos, pasando por la ruptura de una relación. Se trata de un estado de ánimo normal que todos somos capaces de definir e identificar, que depende de las vivencias que lo rodean y que es modificable en función de estas.

Cuando a una persona que sufre una depresión se le pide que compare su humor actual con el que sufrió cuando murió un ser querido, la respuesta más habitual es: «No tiene nada que ver..., entonces yo sabía lo que me pasaba»; posteriormente, describiremos las características del humor depresivo, pero vaya por delante decir que muchos pacientes lo definen como miedo; un miedo intenso ante lo que depara la vida y ante las circunstancias que antes le producían estados emocionales muy distintos. De hecho, lo que es preocupante es que una persona no sienta tristeza ante una situación que habitualmente la produce.



Cuando la causa de la tristeza se alarga en el tiempo y tarda mucho en resolverse, el ánimo triste le acompaña. La expresión coloquial más habitual para esta situación es decir: «Estoy depre...», «Tengo una depre de caballo...». Sin embargo, tampoco se trata de una enfermedad depresiva, sino de un predominio de la tristeza sobre otros estados de ánimo provocada y mantenida por la citada causa.



Es obvio que, en la edad avanzada, estas situaciones se producen en mayor medida y, muy a menudo, incluyen desenlaces más inductores de tristeza. El fallecimiento de la pareja o de amistades muy cercanas, la separación de un hijo y la situación de los nietos, el empeoramiento de la situación económica o incluso la pérdida de rol social, incluyendo el propio sistema familiar, son claros ejemplos de ello. Estas situaciones, en ocasiones características del envejecimiento, pueden parecer, a ojos de un profano,

una depresión. La identificación de una o diversas causas, que en general el propio sujeto hace, la variabilidad de estas, que repercuten en una mejoría anímica, evidencian que nos encontramos en realidad ante una situación de adaptabilidad que, si es severa y altera la autonomía del individuo, puede alcanzar el rango de trastorno adaptativo y requerir algún tipo de abordaje terapéutico.

Otro asunto imprescindible que conviene comentar es el de las personas cuya conducta se caracteriza por la falta de asertividad, es decir, que se dejan llevar por los demás con suma facilidad, raramente se atreven a dar su opinión y dejan que las circunstancias les afecten sin oponer demasiada resistencia. Por ejemplo, si les traen un plato en malas condiciones en un restaurante, no protestan por ello, o al decidir con un grupo de amigos qué hacer no se ven capaces de mostrar su disconformidad. Es característico que en general vean la botella medio vacía. Se trata de personas con un temperamento depresivo innato y, con los años, la tendencia es que estos rasgos sean más acusados. Podríamos decir que estas personas son así, no que están enfermas.

Cualquier tipo de indicación terapéutica que en raras ocasiones requieran estas situaciones tiene como objetivo atenuar o hacer más soportable la situación. El lector podrá deducir que los estados anímicos aparentemente depresivos que son inducidos por acontecimientos vitales, o sea, por las circunstancias de la vida, serán más reversibles o mejorables cuanto más seamos capaces de modificar estas circunstancias. El tratamiento farmacológico, si es que está indicado, tendrá unos objetivos más modestos que deben valorar los profesionales y ser asumidos por los propios pacientes.

Estas reflexiones cobran especial importancia en la edad avanzada, en la que las circunstancias de la vida que pueden implicar tristeza son más frecuentes, e incluso mucho más frecuentes, como la soledad (por pérdida de alguien próximo) o el deterioro completo del rol social y familiar. En este sentido, las acciones encaminadas a atenuar su efecto serán, sin duda, prioritarias.



## ¿Qué es una depresión?

La depresión es, ante todo, una enfermedad. No es un estado explicable por las cosas que nos ocurren en la vida. Puede que, en un primer episodio, se asocie a alguna circunstancia externa especialmente estresante, pero en la mayoría de los episodios la reflexión del paciente suele ser: «... y por mucho que lo piense no tengo ningún motivo para estar así...».

Empieza de forma lenta y solapada; los primeros síntomas suelen incluir desinterés por actividades o situaciones de las que el paciente normalmente disfrutaba, tanto aficiones o pasatiempos como relaciones sociales y familiares. Es frecuente también que, de forma progresiva, el rendimiento intelectual empeore, es decir, aparezca una disfunción cognitiva. Este síntoma es especialmente destacable en relación con la edad. Con los años es normal un cierto declinar cognitivo, sobre todo en relación con la memoria reciente, la rapidez de respuesta y la falta de atención. Si se añaden síntomas depresivos parecidos a los reseñados, la apariencia del paciente puede ser cercana a la de una demencia. El cansancio físico intenso va haciendo mella en el sujeto desde el inicio, añadido, al declinar normal del vigor físico con la edad, un síntoma que también destaca en la senectud. A este respecto, el término *clinofilia* hace referencia a la tendencia del paciente que sufre una depresión a permanecer en cama o tirado en el sofá una buena parte del día.

Otro síntoma que, desde el principio, va empeorando es el trastorno del sueño. Lo que se denomina *arquitectura del sueño*, es decir, la sucesión adecuada de sueño profundo y superficial que se



requiere para que el dormir sea reparador, se descompone de modo literal. Independientemente de las horas que el paciente duerma, se despierta más cansado y en peores condiciones físicas que cuando se acostó. Una vez más, la tendencia a que empeore con la edad la calidad del sueño puede hacer que este síntoma sea especialmente significativo desde el inicio del episodio.

Con frecuencia, se pierde la sensación de apetito. El enfermo no come si no se le fuerza un poco, o bien solo «pica» discretamente durante el día. La disminución de peso es inevitable, y el riesgo de deshidratación, alto en personas mayores, en las que una buena hidratación resulta fundamental para su salud.

La tolerancia a las situaciones de estrés se reduce a mínimos. Todo se hace una montaña. Tomar las decisiones habituales de la vida cotidiana, como salir a comprar algo, se hacen tan pesadas e insufribles que se convierten en tareas extraordinariamente complicadas de afrontar. Asimismo, la tolerancia al dolor se reduce también de forma considerable. Por ejemplo, la pequeña distensión abdominal que cualquier persona puede percibir después de comer, para un paciente deprimido puede ser un dolor abdominal intenso. Así, las quejas sobre molestias corporales son muy frecuentes —teniendo en cuenta que, a más edad, más posibilidades de sufrir enfermedades que cursen con dolor— y hasta dramáticas a medida que los individuos se hacen mayores.

Además, las ideas que inundan la mente de un paciente deprimido son tremendamente perturbadoras. El sujeto deprimido no se gusta, pierde la autoestima y se convence de que los demás también lo ven así. En la edad avanzada, y con la pérdida parcial o total del rol social o familiar, esta percepción puede ser todavía más acusada. De hecho, las ideas de culpa son muy habituales; a veces, por situaciones anteriores que ahora el enfermo revive bajo el prisma de su percepción depresiva, y otras por circunstancias recientes, culpabilizándose de no experimentar las sensaciones agradables que proporcionaban antes la compañía de hijos y nietos.

La percepción de sí mismo está tan distorsionada que llega a perderse por completo, y en ocasiones el paciente se siente literalmente muerto, lleno por dentro de podredumbre y descomposición. Estos casos extremos y poco frecuentes hoy en día, por la premura en el tratamiento, se conocen como síndrome de Cotard, en honor al médico francés que lo describió por primera vez.



Frente a una situación como la descrita, el paciente no siente ninguna percepción agradable y, en cambio, el sufrimiento y la angustia lo invaden y ofuscan todo el día; es el humor depresivo. Su presencia no se modifica por las circunstancias del entorno, pero en ocasiones presenta una cierta mejoría cuando se acerca la noche.

Todos estos síntomas se encuentran resumidos en la tabla I, ordenados según los sistemas actuales de diagnóstico.

Si el lector posee la suficiente empatía como para ponerse en la piel de una persona que experimenta los síntomas que hemos descrito, podrá entender la posibilidad de que el paciente piense: «Ya tengo bastante»...

**TABLA I. SÍNTOMAS DE UN EPISODIO DE DEPRESIÓN, ORDENADOS SEGÚN LOS SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN ACTUALES**

Síntomas de la depresión	Desarrollo
Humor depresivo	La mayor parte del día, inmodificable por circunstancias externas.
Disminución de interés en actividades placenteras	Tanto por observación del paciente como por los demás. Incluye los aspectos lúdicos, laborales, sociales y familiares.
Pérdida importante de peso	Suele ser más de 3 kg o del 5 % del peso corporal en un mes. En algunos casos, especialmente en personas jóvenes, pueden presentar bulimia y aumento de peso (muy poco frecuente).
Insomnio o hipersomnia	Se presenta casi a diario. La sensación del paciente es siempre de que el sueño no es reparador.
Agitación o entrecimiento psicomotor	Es observable. La agitación suele relacionarse con ideas de ruina o culpa. El entrecimiento puede llegar al estupor.
Fatigabilidad y pérdida de energía	Responde a la imagen de pasarse el día en cama o tirado en el sofá.
Sentimientos de incompetencia, sentimientos de culpa, autorreproches	La naturaleza del sentimiento de culpa puede ir desde sentirse mal por cargar a los demás con más trabajo durante la baja laboral, a ideas delirantes de culpa sin ninguna conexión con la realidad biográfica del paciente.
Disminución de la capacidad de pensar, concentrarse, rendir; indecisiones constantes	Los pacientes manifiestan no poder seguir un hilo narrativo, tener que leer varias veces algo para retenerlo, ser incapaces de concentrarse en una tarea.
Pensamientos recurrentes de muerte	Las ideas de muerte van desde pensar que la vida no merece la pena vivirla hasta planificar cuidadosamente una tentativa de suicidio.





## El suicidio

El suicidio es, desde hace años, la primera causa de muerte externa, por encima de los accidentes de tráfico y muy por encima de los homicidios (casi el cuádruple) y los conflictos armados. En más del 90% de los casos se identifica en ellos una enfermedad mental, y la depresión es la mayoritaria. Los llamados suicidios que se explican por de circunstancias puramente biográficas son muy raros.

Probablemente, se trata del acto más antinatural que un ser humano puede llevar a cabo. Los cuerpos y cerebros de todos los mamíferos están preparados para preservar la propia vida. El acto del suicidio —infligirse voluntariamente la muerte— debe evidenciar, a los ojos del lector, el terrible sufrimiento que puede implicar padecer una enfermedad depresiva y le debe permitir diferenciar claramente esta enfermedad de las situaciones mencionadas anteriormente, como la adaptabilidad a los cambios, el temperamento o la tristeza como emoción normal.

Las dimensiones del problema son notables. En los años ochenta, la prevalencia del suicidio en la depresión llegaba al 15% de los enfermos depresivos; actualmente, y relacionado con el incremento de pacientes identificados y correctamente tratados, no llega al 8%, aunque sigue siendo muy elevado. Entre los factores de riesgo, se encuentran dos muy relevantes en el tema que nos ocupa: la soledad y la edad avanzada. En estas circunstancias, ser hombre incrementa aún más el riesgo. Otros factores ambientales no son importantes como desencadenantes del acto suicida, pero en la vejez, circunstancias como la pérdida de la pareja, el empeoramiento de

estatus socioeconómico o del rol familiar pueden precipitar gestos autolíticos en pacientes mayores que sufren una depresión. El riesgo, en estos casos, debe ser evaluado siempre por profesionales con experiencia y nunca pensar que el discurso pesimista que transmite una pérdida del interés por la vida es una circunstancia vital que caracteriza a la vejez. Pensamientos como «Hasta aquí he llegado», «Ya tengo suficiente...», «Ya estoy cansado...» cobran, en estas circunstancias, una relevancia especial que debe alertar a las personas que rodean al paciente y a los profesionales responsables de su salud.

Explorar el riesgo de suicidio no es difícil ni complicado; basta una ligera insinuación como «Tal y como se encuentra, ¿alguna vez ha pensado que la vida así no vale la pena?». Cabe pensar que, aunque el paciente no haya manifestado pensamientos suicidas, estos le afligen y consumen la mayor parte del día, y la posibilidad de hablar claramente del tema tendrá un efecto tranquilizador, aportándole cierto sosiego. Este es el momento de transmitir los primeros mensajes que reduzcan el riesgo de pasar al acto: «No hace falta hacerlo ahora», «Siempre lo puede hacer otro día», por ejemplo, y transmitir la confianza del profesional en mejorar esta situación. Es el momento de hablar del tratamiento farmacológico y de su notable efectividad, de la condición de enfermedad con mayúsculas de la depresión y lo corriente del fenómeno de la estigmatización y la incompreensión de los demás. Frases habituales como «No tienes motivos...», «Lo que te hace falta a ti es...», «No tienes vergüenza de hacernos esto...» deben evitarse por peligrosas, irreales e irresponsables.

La relación entre el suicidio y la depresión es tan relevante que constituye la parte central de los programas para prevención del suicidio que se han impulsado en Europa durante la última década. Hace diez años, un grupo alemán demostró que cuando en un área poblacional se ponían en marcha una serie de acciones para mejorar la capacidad de detección de casos nuevos de depresión y se organizaba un programa asistencial específico para personas que habían efectuado alguna tentativa de suicidio, los suicidios consumados en los años siguientes eran muchos menos que en otro sector de población en que no se hubiera implementado este procedimiento.

La mejoría en la capacidad de detección de casos nuevos de depresión incluía la mejor formación de los médicos de familia, pero también de los llamados agentes multiplicadores, es decir, profesionales que atienden a los ciudadanos en situaciones de cierta implicación y que pueden, al menos, sospechar de la existencia de síntomas depresivos y recomendar una visita a su médico de familia. Estas profesiones incluían maestros, sacerdotes, policías y bomberos. A este programa europeo, aún vigente, se le denominó **Alianza contra la Depresión**.

Ante estos excelentes resultados, el estudio se replicó en otros dieciocho países de la Unión Europea. En España, se realizó en el Hospital de Sant Pau, en coordinación con el sector de la Dreta de l'Eixample (CPB). Los resultados fueron superponibles a los del grupo alemán, y desde hace años sigue funcionando con financiación pública del gobierno catalán para el área de influencia del Hospital de Sant Pau y, de momento, también en el área del Vallés, en concreto en el Hospital Parc Taulí (Sabadell).

Otra circunstancia que debe diferenciarse adecuadamente de la que nos ocupa es el deseo de morir con dignidad en el contexto de una enfermedad terminal en la que el actor expresa el deseo de no terminar su vida en un marco hospitalario que implique soledad y sufrimiento. Esta situación no tiene nada que ver con la depresión ni con el suicidio, sino con el deseo de morir rodeado de las personas queridas, sin violencia y con serenidad. Se trata del suicidio asistido, que requiere sin duda un tratamiento distinto y más en relación con conceptos como el de los cuidados paliativos.

## ¿Tiene tratamiento farmacológico, la depresión?

La depresión tiene tratamiento y es efectivo. Todos los esfuerzos para evidenciar el estatus de enfermedad para la depresión van encaminados a que el lector deduzca que el tratamiento principal es un fármaco. En efecto, del mismo modo que en algunas enfermedades se intenta eliminar la causa identificada —etiología, en terminología médica—, como en las enfermedades causadas por bacterias o virus, en otras de causa exacta desconocida se intenta interferir con las disfunciones químicas que producen y mantienen los síntomas.

Los fármacos antidepresivos actúan, principalmente, aumentando la cantidad de neurotransmisores que entran en contacto con las células nerviosas o neuronas. Los neurotransmisores, como su nombre indica, transmiten la información de una neurona a otra. Se ha podido constatar un déficit en la actividad de la serotonina, que se relaciona con la mala tolerancia al estrés o con el incremento en la percepción del dolor, o de la melatonina, responsable de estructurar el sueño y la mayor parte de ritmos circadianos. Asimismo, un déficit de noradrenalina implica cansancio, pérdida de vigor físico y dificultad para concentrarse y rendir intelectualmente, y, por último, la reducción de la actividad de la dopamina implica la dificultad de sentir placer y sensaciones agradables en general y también es responsable del enlentecimiento físico y mental que presentan algunos pacientes.

Los fármacos antidepresivos deben ser prescritos únicamente por médicos. La vía de acceso habitual es el médico de familia, y el geriatra en particular en el caso de las personas mayores. Los casos que no responden adecuadamente —las personas que sufren otras enfermedades o son muy mayores presentan dudas en el diagnóstico— deben ser evaluados y tratados por especialistas en psiquiatría.

Un porcentaje que supera el 50% de pacientes depresivos responderá adecuadamente a un primer antidepresivo, y hasta un 80% lo hará con dosis o combinaciones que manejarán los especialistas. Por suerte, los medicamentos modernos, aunque no exentos de efectos indeseables, son mucho mejor tolerados que los empleados hasta la década de los años noventa.

Como se indica, las personas de edad avanzada que toman antidepresivos pueden presentar efectos secundarios negativos. Por ejemplo, los medicamentos antiguos, como la imipramina (Tofranil) o la amitriptilina (Tryptizol), pueden causar un estado de confusión que puede asemejarse a una demencia y que desaparece con la reducción de la dosis o la supresión del fármaco.

Por el contrario, los medicamentos más modernos pueden reducir sutilmente la sensación de estar despejado y, en raras ocasiones, inducir síntomas que recuerdan a la enfermedad de Parkinson.



En todo caso, desde el punto de vista terapéutico, el mensaje debe ser optimista, ya que se acaban resolviendo una buena parte de casos, y además con una tolerancia al tratamiento en general buena y asumible. Aun así, los profesionales deben evitar cuidadosamente los antidepresivos que, en personas mayores tratadas con más medicamentos, puedan causar interacciones relevantes. Entre los fármacos modernos, la paroxetina, fluoxetina y fluvoxamina no deberían indicarse nunca en la edad avanzada; se trata de casos en los que pueden coincidir, en el mismo paciente, medicamentos para reducir el colesterol, el azúcar o la coagulación con otros que pueden interactuar y aumentar de forma tóxica su actividad.

Un asunto que merece capítulo especial es la vigencia del *electroshock*. El desprestigio popular de esta opción terapéutica es más que notable, y sin embargo, esta percepción debería matizarse de manera conveniente, pues la denominada electroconvulsoterapia mantiene unas indicaciones precisas que cabe conocer para obtener una visión justa de esta técnica.

La evolución tecnológica en relación con la anestesia, la relajación y el tipo e intensidad de corriente empleada ha convertido una posibilidad de tratamiento agresiva en, probablemente, la elección más inocua. En efecto, el tratamiento de la depresión en la edad avanzada puede presentar escollos difícilmente salvables, y la severidad del episodio puede implicar un mal estado general que dificulte el empleo de dos o más fármacos con perfiles de efectos indeseables que se superpongan y empeoren la patología médica del paciente. La progresión del episodio depresivo puede verse favorecida por cambios continuos de tratamiento, por no tolerar dosis terapéuticas, o por la combinación de medicamentos que necesita



el paciente. Son situaciones en que la pérdida de peso y las dificultades para mantener una hidratación adecuada pueden perjudicar seriamente la salud del paciente. Del mismo modo, puede llegar a presentar las formas más graves —comentadas en el próximo apartado—, como el caso del estupor depresivo. En estas situaciones, la electroconvulsoterapia es la mejor opción: no solo garantiza la máxima eficacia con la mayor rapidez, sino que evita el retraso clásico de los antidepresivos en la mejoría del paciente (entre tres y seis semanas).

## ¿Qué más podemos hacer? La prevención de la depresión en la edad avanzada

La prevención de la depresión, como de otras enfermedades, no es accesible en relación con la vulnerabilidad que cada persona tiene de sufrirla. Sin embargo, podemos incidir en los factores que la pueden precipitar. Por otra parte, un entorno controlado y cuidadoso permitirá identificar la depresión desde los primeros síntomas, implementar un tratamiento adecuado y evitar que evolucione hasta fases de extrema gravedad. De hecho, las formas de depresión más graves casi han desaparecido. Tanto el estupor melancólico, auténtico coma depresivo, como el mencionado síndrome de Cotard, que representa el máximo nivel de sufrimiento, se observan raramente y solo en unidades para pacientes agudos muy especializadas. La excelente formación de los médicos de familia y geriatras, junto con la facilidad de uso de los nuevos antidepresivos, ha facilitado la identificación y el tratamiento precoz de los episodios depresivos, de forma que, con independencia del resultado final, la evolución a las formas más graves se ha visto, afortunadamente, parcialmente truncada.

Así pues, la primera acción preventiva es una adecuada vinculación con el médico de asistencia primaria, el médico de familia o el geriatra. De este modo, cualquier cambio significativo en el trato con el paciente será detectado por su doctor, diagnosticado y al menos tratado en su inicio. El tiempo que el paciente pasa sin ser tratado farmacológicamente incide también en el pronóstico final; dicho en

otras palabras, cuantas más semanas pase el enfermo sin ser tratado, menos posibilidades tendrá de alcanzar la remisión clínica.

Asimismo, esta vinculación con el médico de asistencia primaria permitirá distinguir el inicio de una depresión con el inicio de una enfermedad neurodegenerativa. En efecto, los síntomas depresivos pueden ser manifestaciones iniciales de enfermedades frecuentes en personas mayores, como el Alzheimer y el Parkinson.



En absoluto significa que el inicio de síntomas depresivos en la edad avanzada suela ser el inicio de un proceso neurodegenerativo, pero sí que es muy importante tenerlo en cuenta para evitar que síntomas como el temblor, la pérdida de facultades cognitivas (rendimiento intelectual) o caídas inexplicables pasen desapercibidas o se contemplen como parte de los síntomas depresivos o efectos indeseables del tratamiento iniciado. Será el médico quien deba analizar las características clínicas, indicando el tratamiento más adecuado para abordar el problema de salud que se haya podido detectar.

En la misma línea, y dada la importancia de la enfermedad de Alzheimer después de los 65 años —su prevalencia va aumentando con la edad: una de cada cuatro personas mayores de 80 años tendrá este diagnóstico—, no es infrecuente que un paciente de edad avanzada con depresión sea diagnosticado de demencia por las características de los síntomas relacionados con sus capacidades cognitivas. Aunque en la actualidad disponemos de diferentes fármacos (donepezilo, rivastigmina, galantamina y memantina) que, en cierto modo, retrasan la evolución del Alzheimer, siempre llevará inexorablemente a un estado de dependencia física y cognitiva total. Como el lector puede suponer, confundir el diagnóstico con una depresión privará al sujeto de una respuesta terapéutica favorable con cualquiera de los tratamientos anteriormente descritos.

De igual manera, un entorno familiar con un buen nivel de nutrición emocional tendrá una repercusión parecida en la detección de un cambio de carácter, desaparición de intereses, empeoramiento en el dormir, falta de apetito y tantos síntomas depresivos que son evidentes vistos por un tercero.

Sin embargo, en muchos casos, la red social que rodea al paciente es escasa o nula, por abandono familiar o simplemente por su inexistencia o agotamiento.

En estos casos, los movimientos asociacionistas, vinculados o no a una administración pública, pueden jugar un papel relevante. Alojar a gente joven en el propio hogar, miembros de un voluntariado que acompañe a la persona mayor a efectuar gestiones o que simplemente pase unas horas en su compañía son acciones que reducen la percepción diaria del estrés que implica la soledad y permiten detectar cambios en el anciano que alerten del inicio de un episodio depresivo.



Este último párrafo nos sirve para enlazar con la posibilidad de sufrir aparentemente una depresión. Volvemos al inicio para recordar que formas más leves de sufrimiento relacionadas con las circunstancias de la vida pueden, a ojos de un neófito, parecer una depresión. En la edad avanzada, la soledad forzada que implica una red sociofamiliar prácticamente nula constituye un factor de estrés constante que inducirá un estado de ánimo en apariencia depresivo (trastorno adaptativo). En este sentido, todas las acciones encaminadas a reconstituir al máximo la red social o sociofamiliar implicarán la modificación de este estado anímico, el cual podríamos considerar en este contexto como normal y reactivo y, por tanto, modificable. En estos casos, el tratamiento nunca es farmacológico, ya que el sujeto no sufre una enfermedad depresiva.

En el siguiente apartado, desarrollamos estos cruciales aspectos del envejecer que pueden hacer que la vida de los mayores sea vista como aparentemente depresiva.



## Estrategias útiles más allá de los fármacos

Es aconsejable tener en cuenta todas las estrategias que, fácilmente implementadas, han demostrado una eficacia significativa para evitar el ánimo subdepresivo.

Por una parte, el ejercicio físico de cierta entidad mejora durante unas horas el estado de ánimo. En el campo de la psicología clínica se conoce como **activación conductual**; se suelen hacer grupos de pacientes para instruirlos sobre cómo practicar ejercicio, la relevancia que tal cosa tiene y la razón de su incidencia en el estado anímico. Todo ello, por supuesto, requiere modificar las acciones de la vida cotidiana para que implique un incremento de actividad, por ejemplo, hacer a pie los desplazamientos cuya distancia y duración sean asumibles por el paciente. De hecho, andar una media hora al día (dos kilómetros aproximadamente) es suficiente para evitar el tan denostado estilo de vida sedentario; de este modo, la activación conductual implica beneficios en relación con el estado anímico y la salud física.





Las técnicas psicoterapéuticas encaminadas a descentrar las preocupaciones que nos afectan y contribuyen a la persistencia de un bajo estado de ánimo permiten, asimismo, mejorar a largo plazo el humor. De hecho, en un artículo publicado hace pocos años se demostró que, en pacientes de edad avanzada que habían sufrido depresión, la realización de tai chi varias veces por semana reducía de manera significativa el riesgo de una recaída. La práctica frecuente de una de estas técnicas procedentes de la cultura oriental, convenientemente descontextualizadas, pueden ser muy útiles en personas mayores con déficits de red social para reducir las tribulaciones propias de su situación.



Aunque pueda considerarse algo accesorio, la dieta podría jugar un papel más importante de lo que parece en primera instancia. Algunos déficits dietéticos son propios de las personas que viven solas y no cocinan. Así, si optan por una dieta fácil y caprichosa, es probable que a la larga presenten déficits de algunas vitaminas secundarias que se han relacionado con el estado anímico.

Más curioso para el lector, pero contrastado científicamente, es el hecho de que el consumo habitual (al menos cuatro veces por semana) de algún alimento reduce de forma significativa la recaída en pacientes con



depresión. Hasta la fecha, esto se ha demostrado comparando una dieta rica en tomate con la dieta convencional o con aquella en la que predomine la hoja verde. No se puede descartar, pues, que en futuro inmediato podamos recomendar la inclusión habitual de otros alimentos protectores.

Finalmente, cabe destacar el afrontamiento de la soledad. En efecto, en ausencia de depresión, afrontar adecuadamente la soledad no buscada es esencial para prevenirla. Sin duda alguna, la personalidad de cada uno es un factor esencial para que el afrontamiento sea más o menos adaptativo y no genere síntomas aparentemente depresivos.

En este sentido, la pasividad y la aceptación son adaptativos únicamente en personas con buena formación y muy seguras de sí mis-

mas, pero es negativa para la mayoría de personas mayores. Esta es una opción más frecuente en países anglosajones, con redes familiares que pierden su integridad, al pasar los años, con mayor frecuencia que en países latinos. Es bien conocido, y la bibliografía lo apoya, que la integridad de la red familiar es protectora ante la aparición de síntomas depresivos.

La distracción, es decir, la búsqueda del ocio como forma de invertir el tiempo, suele ser positiva. Permite con frecuencia el contacto con el otro y la búsqueda de compañía, rehaciendo vínculos personales como ser apreciado y fortaleciendo las propias potencialidades. El ocio y la distracción implican, pues, la percepción de placer y, por tanto, de sensaciones agradables claramente alternativas a la soledad y la introversión. Todo ello está relacionado con el concepto que apuntábamos anteriormente de la activación conductual. Asociarse, apuntarse a actividades grupales, interactuar con más gente en asociaciones son formas de activarse y aconsejables en la edad avanzada.

Merece un reconocimiento especial todo lo referente a actividades de voluntariado, por el nivel y la calidad que implican las sensaciones de volver a tener un rol. Asimismo, el aumento de la religiosidad, presente en una décima parte de las personas mayores, puede ser adaptativo ante situaciones vitales muy negativas que implican resignación; se trata de una opción mucho más frecuente en mujeres y en países con menor integridad familiar (se entiende que como recurso ante la soledad).

Todo lo dicho está matizado no solo por la personalidad, sino por otros recursos internos, como la formación a lo largo del tiempo, los estudios adquiridos, la sensibilidad intrínseca o los intereses parti-

culares. En todo caso, todas las iniciativas de los sistemas públicos que están relacionadas con la salud y el bienestar, y encaminadas a facilitar y orientar la forma de afrontar adaptativamente la soledad, deberían ser prioritarias. Reducir el riesgo de presentar síntomas depresivos y detectar y tratar los inicios de un episodio de depresión no solo mejora el bienestar general, sino que es, sin duda, efectivo en cuanto a los costes que supondrá el tratamiento.



Por último, merece la pena mencionar un estudio de tipo epidemiológico realizado en Francia hace unos años, con la intervención de diversas entidades relacionadas con la salud, como la Cruz Roja, o con entidades religiosas confesionalmente diversas y financiado por el sistema de salud del país vecino. La constatación de que, entre los años 1962 y 2007, el número de personas mayores que vivían solas se había triplicado hizo tomar conciencia de que la soledad no buscada en esta etapa de la vida constituía un problema alarmantemente creciente.

Después de analizarse los resultados de este estudio, se efectuaron siete recomendaciones que, parcialmente, están contenidas en lo comentado hasta ahora y que ilustran, de forma ordenada, una serie de indicaciones que probablemente nadie discutirá hoy en día. Estas recomendaciones son expuestas muy brevemente en la tabla II.

Como comprobará el lector, algunas de las recomendaciones de este estudio —realizado en la pasada década— ya se han puesto en marcha en nuestro entorno. Las actividades de ocio y acompañamiento por barrios, el acceso a formación de distintos niveles o universidad de mayores, o la formación en herramientas como internet o el trabajo social están presentes en la planificación de la asistencia en la edad avanzada. Naturalmente, hay diferencias territoriales que requieren mayor atención.

**TABLA II. TABLA DE SÍNTESIS DEL TRABAJO: «COMBATIR LA SOLEDAD DE LOS MAYORES: AISLAMIENTO DE VIDA DE RELACIÓN DE LOS MAYORES», POR ANNE-CAROLE BENSADON.**

Estrategias	Desarrollo
Tener en cuenta la diversidad de soledades	Valorar siempre los aspectos diferenciales de cómo se ha llegado a esta situación.
Pasar de «hacer por» a «hacer con»	El análisis cualitativo de los datos demostró que el tipo de medidas no pueden venir solo del exterior. Hay que elaborar propuestas con participación activa de los interesados.
Reforzar la coordinación individual	De hecho, es la tarea de los asistentes sociales que efectúan planes coordinados entre los distintos agentes públicos que intervienen en este tipo de medidas. De alguna forma, se trata de reforzar planes individualizados.
Fomentar relaciones de vecindad	Actividades y posibilidades de ocio o formación ociosa organizadas por áreas de un barrio o incluso comunidades de vecinos. Los autores destacan, en este apartado, el papel de los ayuntamientos por la confianza que suscitan en los ciudadanos.
Reforzar el capital social	El capital social es el conjunto de relaciones sociales de que dispone el individuo.
Promover el intercambio generacional	Existen muchos estudios que apoyan sin reservas la formación en nuevas tecnologías y la idea de que la edad no es un obstáculo para aprender de ellas y utilizarlas. La reducción de la segregación y el aislamiento por esta causa se puede reducir fácilmente.
Conservar el acceso al sistema educativo	Hace referencia a conceptos como el de universidad de mayores: aprender como colectivo reduce el aislamiento. En la edad avanzada la formación puede mantenerse, aunque se desligue de la productividad.



## A modo de conclusión

La expectativa de vida ha crecido de forma notable en las últimas décadas. La previsión es que, en poco tiempo, una de cada tres personas sobrepasará los sesenta años de edad. Envejecer implica una serie de cambios vitales que requieren una adaptación progresiva y, hasta cierto punto, exigente, sobre todo si tenemos en cuenta que con frecuencia va más allá de los veinte años después de la jubilación. Los problemas adaptativos que generan dichos cambios producen síntomas depresivos que no constituyen una depresión clínica, pero que requieren de estrategias específicas en el ámbito de las instituciones y los colectivos para evitarlos.

Por otra parte, la depresión es una enfermedad grave que presenta unas características específicas en la edad avanzada. Estas especificidades dificultan tanto su detección como su tratamiento. Las estrategias comentadas para mejorar la vida de las personas mayores facilitan el diagnóstico y tratamiento de la depresión, que revisite, sin duda, una especial gravedad en la senectud.



**Fundació Agrupació**, con la colaboración de la **Fundació Salut i Envel·liment UAB**, ha elaborado este libro que se dirige a las personas mayores con la finalidad de difundir información general sobre el estado de ánimo y la depresión.

