

Guía de buena
práctica clínica
en Geriatría

**DEPRESIÓN
Y
ANSIEDAD**

COORDINADORES

PEDRO GIL GREGORIO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

MANUEL MARTÍN CARRASCO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERONTOPSQUIATRÍA Y PSICOGERIATRÍA

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos propios de los autores incluidos en la publicación. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de Wyeth, ni los de ninguna de sus afiliadas, por lo que Wyeth no asume ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas.

© 2004 Obra: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología
y Scientific Communication Management.
Patrocinio y Distribución de la primera edición: Laboratorios Wyeth

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-7592-753-X
Depósito legal: M-27362-2004

ÍNDICE DE AUTORES

LUIS AGÜERA ORTIZ

*Hospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid*

INÉS FRANCÉS ROMÁN

*Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui.
Alsasua. Navarra*

MARÍA JESÚS GAYOSO OROL

*Hospital Virgen de La Poveda.
Villa del Prado. Madrid*

PEDRO GIL GREGORIO

*Hospital Clínico San Carlos.
Madrid*

MANUEL MARTÍN CARRASCO

*Clínica Psiquiátrica Padre Menni.
Pamplona. Navarra*

MANUEL SÁNCHEZ PÉREZ

*Hospital Sagrado Corazón.
Martorell. Barcelona*

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
PREFACIO	10
 DEPRESIÓN	
1. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA	13
● Datos epidemiológicos	16
● Síndrome depresivo en el anciano	18
● Formas clínicas	22
● Suicidio en el anciano	29
● Bibliografía recomendada	31
 2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	33
● Entrevista clínica	33
● Criterios de diagnóstico	35
● Instrumentos	37
● Dificultades en el diagnóstico	41
● Bibliografía recomendada	47
 3. TRATAMIENTO	49
● Manejo general del paciente depresivo	49
● Consideraciones sobre psicofarmacología de la depresión geriátrica	49
● Consideraciones sobre la psicoterapia geriátrica de la depresión	59
● Criterios de derivación e ingreso	62
● Conclusiones	63
● Bibliografía recomendada	64

ANSIEDAD

4. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO	67
● Epidemiología	67
● Síndrome ansioso en el anciano	69
● Formas clínicas	72
● Bibliografía recomendada.....	79
5. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO	81
● Entrevista clínica	81
● Instrumentos de valoración de la ansiedad	81
● Criterios de diagnóstico	83
● Diagnóstico diferencial	86
● Bibliografía recomendada.....	90
6. TRATAMIENTO	91
● Normas generales	91
● Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).....	94
● Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)	95
● Antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA) ...	95
● Benzodiazepinas (BZD)	95
● Azapironas	97
● Neurolépticos: miscelánea	98
● Tratamiento psicológico	98
● Tratamiento según tipo de ansiedad	100
● Criterios de derivación	102
● Conclusiones	103
● Bibliografía recomendada.....	106

PRÓLOGO

Las personas mayores son la principal razón de ser de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Por ello uno de sus objetivos principales es el de proporcionar instrumentos para una atención sanitaria de buena calidad a los ancianos. Esta atención requiere un conocimiento médico y habilidades clínicas específicas, a la vez que una actividad positiva.

La formación continuada en Geriátría nace del hecho de que los conocimientos básicos, los procedimientos terapéuticos y diagnósticos, y los protocolos de manejo de la práctica clínica en relación con el envejecimiento cambian y progresan de forma vertiginosa. Por tanto, el mantenimiento de los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño correcto de la práctica geriátrica exige que aquéllos sean actualizados de forma permanente para mejorar la destreza y la competencia profesional.

Son muchos los recursos que hoy en día proporcionan información precisa y actualizada acerca del diagnóstico y el tratamiento de los pacientes mayores, pero poco el tiempo del que el médico dispone para perder buscando la información específica que necesita para tomar decisiones de una forma más o menos rápida en su quehacer diario. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la elaboración de las diferentes guías utilizadas en la formación continuada del médico debería depender de forma directa de la sociedad científica correspondiente y, muy especialmente, sería deseable la elaboración conjunta y consensuada entre las diferentes sociedades implicadas en el tema a elaborar.

En base a lo anterior, la SEGG ha puesto en marcha el desarrollo de toda una serie de Guías de buena práctica clínica en Geriátría en diferentes temas clínicos de alta prevalencia en la atención sanitaria del anciano. Guías que desde el principio están siendo elaboradas por la SEGG y de forma conjunta y consensuada por diferentes sociedades médicas implicadas en el tema clínico en cuestión. Todo ello está suponiendo un reto tanto para la SEGG como para las diferentes sociedades científicas, no sólo en cuanto a elaborar un tema

determinado sino, sobre todo, en cuanto a llegar a un cierto consenso que se refleja a lo largo de la obra en la distribución del contenido paritario para ambas sociedades. Sin duda alguna la experiencia es enriquecedora para todos, ya que permite que las distintas especialidades médicas sean más flexibles y tolerantes entre sí al beneficiarse mutuamente de sus conocimientos.

Las Guías de buena práctica clínica en Geriatría pretenden, dentro de un gran rigor científico, ser intermedias entre la mayor o menor laxitud de una revisión exhaustiva del tema y la rigidez de una guía tradicional de práctica clínica. El objetivo no es otro que proporcionar a los diferentes profesionales implicados en la atención a los pacientes ancianos un instrumento clínico de diagnóstico y tratamiento basado en la evidencia científica, de uso rápido y útil para una correcta práctica clínica. Los profesionales a los que va dirigida la obra son todos aquellos que, independientemente de su especialidad médica y del nivel asistencial en donde se encuentren (hospital, institución, medio comunitario), manejan de forma habitual a la persona mayor: geriatras, médicos residentes de Geriatría, médicos de familia, internistas, así como de otras especialidades (psiquiatras, neurólogos, cardiólogos, traumatólogos, reumatólogos, rehabilitadores...).

Otro de los objetivos que desde la SEGG se va a perseguir es la regularidad en la aparición de las diferentes guías, de tal forma que cada dos o tres meses comiencen a aparecer las guías de los temas seleccionados con la autoría de expertos de la SEGG y de la sociedad científica correspondiente. Temas y autores que en ningún caso son condicionados por otros intereses que no sean los propiamente científicos. En este sentido, el contenido íntegro de la obra estará disponible en la página web de la SEGG (www.segg.es) y de la sociedad que participe.

La primera Guía de buena práctica clínica en Geriatría seleccionada ha sido Depresión y Ansiedad, dada la alta prevalencia e importancia en la valoración y manejo integral de esta patología en el anciano. La sociedad escogida para la autoría conjunta es la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría que ya ha colaborado en otras múltiples ocasiones. Los coordinadores han sido por parte de la SEGG el Dr. Pedro Gil

Gregorio y por parte de la SEGP el Dr. Manuel Martín Carrasco, quienes han consensuado los temas a desarrollar, los autores, médicos especialistas de ambas sociedades, así como los revisores. Desde aquí, nuestro agradecimiento por su participación y por el trabajo de calidad elaborado.

Agradecer también el esfuerzo de SCM en la coordinación y la facilitación de toda la labor editorial que conlleva el trabajo conjunto con los autores de diferentes sociedades científicas, y, desde luego, el compromiso con la Geriátrica y con la SEGG en la producción científica de calidad. También el apoyo inestimable y sin condiciones de los laboratorios Wyeth que patrocinan la edición, contribuyendo a su distribución entre los diferentes profesionales a los que va dirigido. Esperamos que el resultado de esta primera guía así como de las siguientes cumpla con los objetivos pretendidos y que sea satisfactoria para todos especialmente para la mejora diaria de nuestra buena práctica clínica con los ancianos.

Javier Gómez Pavón

Secretario General de la SEGG

Servicio de Geriátrica.

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid.

PREFACIO

Los trastornos depresivos y ansiosos constituyen los trastornos psiquiátricos más frecuentes en el anciano, y muy a menudo dan lugar a consecuencias graves en este grupo etario. A principios del presente siglo, la Organización Mundial de la Salud alertaba de los riesgos que podían presentar los trastornos psiquiátricos como causa de discapacidad, y ponía un énfasis especial en los peligros que podía presentar la depresión y la ansiedad en poblaciones frágiles, como los ancianos. Sólo una de cada tres personas con depresión recibe un diagnóstico y tratamiento adecuados, y existen indicios bien fundamentados de que esta proporción es incluso menor en el caso de las personas mayores. A la vez, las consecuencias de la depresión no tratada son más graves entre los mayores, tanto por el deterioro funcional como por el aumento de la mortalidad, debido, en parte, al mayor riesgo de suicidio en los ancianos. La ansiedad, por su parte, complica la evolución y aumenta el sufrimiento en un gran número de procesos morbosos en el anciano y obliga a un diagnóstico diferencial permanente entre la reacción adecuada a los numerosos factores estresantes de la vejez.

Todo ello justifica esta iniciativa conjunta de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría para desarrollar la presente Guía de buena práctica clínica en Geriátrica. Depresión y Ansiedad. La elección simultánea de estas dos patologías no es casual. Por una parte, existe una comorbilidad muy alta de ambos trastornos, especialmente en el anciano, y por otra, una de las causas más frecuentes de error en el diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano es su confusión con los trastornos ansiosos. La Guía ha sido escrita por un grupo paritario de expertos de ambas Sociedades que, además de responsabilizarse de un capítulo, han revisado y corregido el resto, obteniéndose así un texto homogéneo en cuanto a estilo, densidad de información y referencia práctica a los problemas clínicos que presentan ambos grupos nosológicos. Para facilitar su empleo en la clínica diaria, cada capítulo ha sido pensado para que pueda ser utilizado con independencia del resto de la obra, lo que explica el solapamiento que podemos encontrar entre ellos.

Por último, hay que hacer mención de la importancia de este tipo de trabajo conjunto entre Sociedades Científicas diferentes con intereses compartidos. La Medicina actual, con la creciente especialización, no debe perder las oportunidades que se presentan para trazar pautas de intervención adecuadas que permitan que los pacientes sean diagnosticados y tratados correctamente desde el primer momento. Las enfermedades psiquiátricas, por su alta prevalencia, los riesgos que comportan y la frecuencia con que se presentan en situaciones de comorbilidad con enfermedades somáticas son un ejemplo excelente para el trabajo coordinado entre psiquiatras y geriatras.

Manuel Martín Carrasco

Pedro Gil Gregorio

EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA

M.^a Jesús Gayoso Orol

Servicio de Geriátria
Hospital Virgen de La Poveda. Madrid

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) daba la voz de alarma "los problemas mentales serán la plaga del siglo XXI", modificando los métodos que, hasta ahora, había utilizado para estimar la gravedad de una enfermedad. Se introduce así el término DALY (*Disability-Adjusted Life Year*), vocablo anglosajón que es una forma de medir la calidad de vida o, lo que es lo mismo, los trastornos constantes que una enfermedad provoca en el individuo, la pérdida de la salud, el sufrimiento permanente. En este sentido, insisten los expertos, "el mayor problema de salud en el año 2020 en todo el mundo, países en vías de desarrollo incluidos, no serán las infecciones, las enfermedades cardiovasculares ni el cáncer. Lo que más hará sufrir a la humanidad serán las enfermedades mentales y la depresión estará a la cabeza". Al inicio de este siglo, la OMS emite un informe dedicado a la Salud Mental, centrado en la prevención de la patología psiquiátrica, destacando que la depresión, que actualmente es la quinta causa de discapacidad, será la segunda en el plazo de 20 años.

El anciano no es, ni mucho menos, ajeno a esta realidad y los trastornos del humor son ya un problema de primera magnitud en la población mayor de 65 años. La depresión en el anciano, con sus características especiales y su enorme polimorfismo clínico, mostrará su cruel rostro, cada vez con más presencia, en las consultas de Atención Primaria y Especializada. Será una compañera, gravosa y frecuente, de ingreso hospitalario y de institucionalización del anciano, cuando no su principal causa. Y se mostrará como el paradigma de la atención geriátrica en cuanto a la importancia de la prevención, las diferencias en la etiopatogenia, la complejidad diagnóstica y terapéutica, y el alto riesgo asociado de incapacidad, con grave afectación de la calidad de vida desde el inicio. Por sus consecuencias (**tabla 1**), la depresión en Geriátria es el prototipo de enfermedad al que hace referencia el término DALY y establece más que nunca la necesidad de un enfoque integral en el manejo de la realidad del anciano en todas sus esferas, psíquica, física y social.

La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano. A los cambios neurobiológicos que con frecuencia acompañan al

envejecimiento cerebral, se suma que con el paso de la vida acontecen y, sobre todo, se acumulan, numerosas e importantes pérdidas que van a afectar al individuo mayor, no sólo a sus emociones sino también a su condición física y a su situación social. El anciano debe adaptarse progresivamente al cambio (pérdida) del rol laboral con la llegada de la jubilación, muchas veces acompañada de pérdidas económicas, aunque hay que señalar que el factor económico parece ser menos importante en las personas de mayor edad que en adultos jóvenes como factor estresante. Se impone, al tiempo, un cambio en el rol familiar pasando de padres y cabezas de familia al papel de abuelos, generalmente con menor participación autónoma en la dinámica familiar. Estas pérdidas incluyen, por supuesto, duelos frecuentes por amigos, seres queridos, en ocasiones muy dolorosos como la sobrevivencia a los hijos o la viudedad- soledad de los más longevos (**tabla 2**). Todo ello obliga a una reestructuración adaptativa que, dependiendo de las características de personalidad previa de cada individuo, tendrá más o menos riesgo de fracasar.

TABLA 1. Consecuencias de la depresión en el anciano.

Aislamiento social. Soledad.
Baja calidad de vida.
Incremento del uso de los servicios de salud.
Deterioro cognitivo.
Riesgo de cronicidad.
Mayor riesgo de evento vascular y de mortalidad.
Riesgo de pérdida funcional y de incapacidad.
Alto riesgo de suicidio.

TABLA 2. Depresión en el anciano. Factores de riesgo psicosocial demostrado.

- Muerte del cónyuge o ser querido (riesgo: mayor en el primer año, mantenido 3 años).
- Enfermedad médica o quirúrgica. Mala autopercepción de salud.
- Incapacidad y pérdida de funcionalidad.
- Escaso soporte social.

Un factor importante que juega a favor del fracaso es la mayor prevalencia de determinadas enfermedades (hipertensión [HTA], diabetes mellitus [DM], osteoartrosis, enfermedades neurodegenerativas etc.) asociada a la alta longevidad. La pérdida de la salud es un factor de riesgo asociado a depresión en el anciano y en un importante porcentaje de casos los síntomas depresivos aparecen después de una enfermedad grave. Una de las enfermedades más frecuentes asociadas con la depresión en el anciano es el accidente cerebrovascular (ACV). Se calcula la incidencia de depresión post-ictus entre un 25-50% de casos, lo que da idea de la magnitud del problema y su repercusión sobre la rehabilitación funcional de estos pacientes. Otros ejemplos clásicos son la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer, en las que un 50 y un 35% respectivamente de los pacientes diagnosticados pueden desarrollar depresión clínica en algún momento de la enfermedad. La incapacidad física asociada y la dependencia de terceros, junto con la falta de soporte social, son factores de riesgo demostrado de claudicación emocional e inicio de enfermedad depresiva.

Además de todos estos factores, existe una larga lista de fármacos, alguno de ellos de uso muy frecuente en ancianos, que pueden inducir síntomas depresivos y que deben ser valorados convenientemente al inicio de este síndrome (tabla 3).

TABLA 3. Fármacos relacionados con la aparición de síntomas depresivos.

Diuréticos	Corticoides	Neurolépticos
Digital	ACO**	Levodopa
Betabloqueantes	AINE***	Carbamacepina
IECA*	Indometacina	Fenitoína
Antagonistas del calcio	Ibuprofeno	Lovastatina
	Metronidazol	Pravastatina

*IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; **ACO: anticoagulantes orales.

***Antiinflamatorios no esteroideos.

La depresión en el anciano está asociada al aumento del riesgo vascular, a mayor morbilidad, a mayores tasas de deterioro funcional y a mayor institucionalización y muerte. Los esfuerzos destinados a identificar a los ancianos en situación de mayor fragilidad afectiva, por ejemplo, aquellos con bajo soporte social, incapacidad funcional o enfermedad vascular, y a intentar paliar el riesgo de enfermedad depresiva que pudiera desarrollarse y conocer mejor esta pato-

logía aumentando la sensibilidad hacia la misma, además de disminuir el sufrimiento de muchas personas, contribuirían a prevenir la dependencia en el anciano y a mejorar el uso de los recursos sanitarios y sociales.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Aun cuando la depresión es el trastorno psiquiátrico más habitualmente encontrado en las personas mayores de 65 años, tanto por su frecuente presentación en la población anciana en general como en pacientes con demencia, no resulta fácil dar cifras reales sobre la magnitud del problema.

Depresión es un término ambiguo que puede entenderse como un síntoma, secundario a una enfermedad de base, como un síndrome con características generales o como una enfermedad con criterios clínicos definidos. En función de la variable elegida y la metodología del estudio, la cifras resultantes son variables. Usando criterios tipo DSM-IV, la prevalencia de depresión en personas mayores se establece entre un 1-2 % para depresión mayor y un 10-12% para distimias, pero se calcula que hasta un 30% de las personas mayores de 65 años que viven en comunidad pueden padecer, alguna vez, sintomatología depresiva, lo que corrobora la opinión compartida de que la depresión en los ancianos sigue infradiagnosticada, fundamentalmente en su variedad de aparición más tardía. En todos los estudios clásicos, la prevalencia es mayor en las mujeres, 2:1; sin embargo, en los ancianos, esta proporción se iguala e incluso llega a invertirse en los mayores de 80 años, en los que se atribuye una mayor fragilidad al varón.

El estudio EURODEP, en el que participaron nueve países europeos, entre ellos España, utilizando un diseño homogéneo y una metodología adaptada específicamente al anciano, también encontró diferentes tasas de prevalencia de depresión, cuyos extremos se sitúan entre el 8,8 y el 23,6% (**tabla 4**). El Estudio Zaragoza (Lobo y cols., 1995), realizado en nuestro país e incluido en dicho consorcio europeo, daba unas cifras especialmente bajas, con una prevalencia de distimia del 1,3% y de trastorno adaptativo en un 2,5%. Los problemas metodológicos que se esgrimen para explicar estas diferencias incluyen las dificultades de muchas personas mayores para reconocer los síntomas depresivos, la presentación atípica de la enfermedad en el anciano y la comorbilidad que dificulta el diagnóstico.

Si se estudia la depresión en la población anciana hospitalizada o institucionalizada, las prevalencias aumentan de forma significativa, funda-

TABLA 4. Prevalencia de depresión en anciano en la comunidad.

Autor	Estudio	N.º	Edad	Tipo	Prevalencia
Regier et al., 1988	ECA Epidemiologic Catchment Area USA	5.702	65+	D Mayor (DSM-III) Distimia (DSM-III)	0,7% 0,4 varones 0,9 mujeres 1% varones 2,3% mujeres
Beekman et al., 1995	LASA Longitudinal Aging Study Amsterdam	3.056	55 y 85	D. Mayor D. Menor (DSM-III)	2,02% 12,9%
Steffens et al., 2000	Cache County Study Utah	4.559	65 y 100	D. Mayor (DSM-IV)	2,7% varones 4,4% mujeres
Black et al., 1998	Hispanic EPESE Mexican Americans in Texas, Colorado, N México, Arizona, California	2.823	65+	Síntomas depresivos	25% 17% varones 31,9% mujeres
Copeland et al., 1999	EURODEP Nine European Centres	13.808	65+	Casos/ subcasos de depresión (GMS) Geriatric Mental Scala	12,3% 8,6% varones 14% mujeres

mentalmente con la institucionalización, que constituye en sí misma un factor de riesgo de aparición de trastornos afectivos. El riesgo de desarrollo de depresión es particularmente alto en el período inmediato después del ingreso. Entre un 11 y un 45% de los ancianos hospitalizados presentan síntomas depresivos y hasta un 30-75% de ancianos institucionalizados, de los cuales un 12-20% corresponderían a depresiones mayores.

La prevención de la enfermedad depresiva en el anciano es una tarea de urgente actuación, cuyo primer eslabón es una correcta valoración geriátrica integral.

SÍNDROME DEPRESIVO EN EL ANCIANO

La depresión es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser. El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas. Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma. Sin embargo, se calcula que menos de un 2% de pacientes, en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza.

Es una afirmación clásica que el anciano tiene más dificultades para identificar y reconocer ante otros los síntomas afectivos, para decir que está triste y por ello consultará menos por este motivo. Con más frecuencia la queja puede ser somática e incluso hipocondríaca. Además, la depresión puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación. El deterioro cognitivo muchas veces ya está presente previamente en el anciano deprimido, lo que hace más difícil dicho reconocimiento, y complica, en no pocas ocasiones, la evolución del síndrome. La posible patología somática asociada, los factores de riesgo vascular y el más frecuente consumo de fármacos son otros de los factores que contribuyen a que el síndrome depresivo en el anciano adquiera unas peculiaridades especiales que hay que tener en cuenta (**tabla 5**).

TABLA 5. Depresión en el anciano. Factores de riesgo biológico.

Sexo: más frecuente en mujeres, después se iguala la proporción y a partir de los 80 años, más frecuente en varón.

Envejecimiento cerebral: es frecuente la hipofunción de tres sistemas de neurotransmisión, implicados en la génesis de la depresión:

1. Sistema noradrenérgico
2. Sistema serotoninérgico
3. Sistema dopaminérgico

Genéticos: suelen existir antecedentes familiares; menos evidentes en las depresiones de aparición muy tardía.

Lesiones vasculares en sustancia blanca cerebral: fundamentalmente a nivel de corteza prefrontal dorsolateral.

La primera es el reconocimiento casi unánime de la existencia de organicidad en la **depresión de inicio tardío** o muy tardío, cuadro clínico que se caracterizaría por su presentación en mayores de 75-80 años, generalmente sin antecedentes personales de cuadros depresivos previos, pero con una posible agregación familiar en edades tardías relacionada con la presentación de factores de riesgo vascular. En más del 90% de estos ancianos se encuentran lesiones isquémicas silentes en sustancia blanca cerebral que se ponen de manifiesto en las pruebas de neuroimagen, fundamentalmente en resonancia magnética nuclear (RMN); son señales de hiperintensidad en sustancia blanca y periventriculares: WMH (*White matter Hyperintensives*) en su acrónimo anglosajón, de pujante actualidad. Otras lesiones estructurales subclínicas halladas son la atrofia cortical y central. Todos estos hallazgos soportan la hipótesis de riesgo de depresión vascular en la edad avanzada, independiente de pérdidas psicosociales y no relacionado con mecanismos adaptativos. Los ancianos con factores de riesgo vascular deben considerarse como un especial grupo frágil de depresión y de ahí subrayar la necesidad de una monitorización estrecha, fundamentalmente por su asociación con deterioro cognitivo. Son cada vez más frecuentes las publicaciones en la literatura médica que apoyan la relación entre depresión y patología, tanto cardíaca como cerebrovascular, pero la causalidad entre ambas sigue sin aclararse. Las formas clínicas de presentación de la patología depresiva en el anciano (**tabla 6**) se verán matizadas por todas estas circunstancias.

TABLA 6. Características especiales de la depresión en el anciano.

- Acentuación patológica de rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en forma de quejas somáticas. Hipocondría.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Trastornos conductuales posibles. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Polipatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

La **depresión vascular** podríamos considerarla como un subtipo o el ejemplo de esta depresión tardía. Es un cuadro clínico no exento de controver-

sias, tanto en su etiopatogenia y en su consistencia como entidad nosológica, como a la hora de discernir cuál es la frontera con la demencia vascular. Lo que parece claro es que hay una alta incidencia de depresión en pacientes con HTA, con DM y con enfermedad coronaria. Ya se ha comentado también la alta incidencia de depresión en pacientes que han sufrido un ictus y el hallazgo frecuente de lesiones vasculares, en sustancia blanca y núcleos grises subcorticales, en ancianos que presentan clínica depresiva de aparición tardía, sin antecedentes de trastornos afectivos previos. En pacientes con antecedentes de depresión, se modificará el curso o la presentación, con episodios más frecuentes y persistentes. Otras características clínicas de la depresión vascular, además de la disfunción cognitiva de predominio frontal, incluirían la discapacidad física y el enlentecimiento motor, la apatía, la dificultad para la concentración, la escasa ideación depresiva, el insomnio y el riesgo aumentado de desarrollar un síndrome confusional agudo (SCA) como reacción adversa a determinados fármacos, fundamentalmente los de acción anticolinérgica (**tabla 7**). En el seguimiento de pacientes con depresión de inicio tardío, definido por la presencia de lesiones estructurales en el tejido cerebral (WMH), y sin franco deterioro cognitivo al inicio del cuadro, es frecuente observar que en muchas ocasiones estos ancianos acaben desarrollando una demencia.

TABLA 7. Depresión vascular. Características clínicas (Alexopoulos, 1997).

Características principales

1. Evidencia clínica de enfermedad vascular o de factores de riesgo vascular.
2. Presencia de lesiones cerebrales isquémicas detectadas por neuroimagen.
3. Inicio de la depresión a edad tardía o cambio en la misma.

Características secundarias

1. Deterioro cognitivo, sobre todo, frontal.
2. Enlentecimiento psicomotor.
3. Ideación depresiva limitada.
4. Baja conciencia de enfermedad.
5. Ausencia de historia familiar de trastorno afectivo.
6. Impedimento o minusvalía física.

Esto nos lleva directamente a revisar la frecuencia de presentación de **depresión en la demencia**. En la enfermedad de Alzheimer, demencia más frecuente en ancianos, un 30% de casos pueden iniciarse o acompañarse en esta-

dios iniciales e intermedios de síntomas depresivos. En la demencia vascular, segunda causa más frecuente, la depresión, como hemos visto, puede ser la forma de inicio en muchas ocasiones. Las conductas que se han descrito para el paciente demente deprimido incluyen insomnio, anorexia, llanto y tristeza. A menor gravedad de la demencia puede acompañarse de sentimientos de culpa, ansiedad y desesperanza, incluso con riesgo de suicidio. A mayor gravedad de la demencia predominarán la pérdida de interés y la apatía, la dificultad en el pensamiento y los cambios psicomotores con pérdida de energía y menor expresividad afectiva. En el paciente con demencia existe una correlación positiva entre depresión y trastornos de conducta, tanto los derivados de déficit mnésicos, como pueden ser, por ejemplo, las preguntas repetitivas, como la aparición de conductas disruptivas, incluida la agresividad. La depresión en la demencia incrementa la incapacidad y el deterioro funcional, aumentando la mortalidad, y su curso tiende, en general, a ser más grave y con mayor tendencia a la cronicidad.

Deterioro cognitivo y depresión. Como queda expuesto, es una relación frecuente en el anciano, en el que puede aparecer déficit de memoria y deterioro ejecutivo en un cuadro depresivo diagnosticado, o aparecer sintomatología depresiva en un paciente con demencia establecida. Al inicio de estos cuadros existe una verdadera dificultad para establecer diferencias entre lo que puede ser debido a depresión y lo que está señalando hacia demencia. Se han intentado establecer unos subtipos de deterioro cognitivo en ancianos deprimidos pero siguen abiertas muchas incógnitas. El déficit más frecuentemente encontrado en estos ancianos deprimidos ha sido la afectación de memoria, fundamentalmente en los mayores cuyo primer episodio depresivo ocurría más temprano. Este déficit de memoria parecía amortiguarse con la mejoría de la depresión, quedando por aclarar si pudiese ser, a la larga, un predictor de demencia. En otros casos, menos frecuentes, en que lo predominante es la disfunción ejecutiva frontal, existe mayor deterioro de la capacidad funcional, persistencia de los déficits mnésicos a pesar de la mejoría del síndrome depresivo y, en general, predicen mala respuesta al tratamiento, recurrencia y mayor tendencia a la cronicidad.

Estas características especiales de síndromes depresivos en el anciano (**tabla 8**) no se contemplan en los manuales, diagnósticos y estadísticos, de clasificación de enfermedades mentales tipo DSM-IV y es uno de los motivos por el que las prevalencias de depresión encontradas en ancianos, en muchos casos, son menores que las esperadas. Esto es válido sobre todo para el paciente más anciano y podríamos considerar que existen diferencias entre las

formas de presentación de depresión más tardías frente a la depresión de inicio más precoz en el adulto mayor, pero esto no está tan claro. Con todo, podemos clasificar los trastornos afectivos en el anciano siguiendo las mismas pautas que para el adulto, aunque matizadas por todos los condicionantes antes referidos. Probablemente sea necesaria una revisión y adecuación de dichas guías clínicas en la evaluación psiquiátrica del paciente anciano.

TABLA 8. Características de la depresión de inicio tardío.

- Menos antecedentes familiares de trastornos depresivos.
- Mayor prevalencia de demencia.
- Mayor aumento de ventrículos cerebrales laterales.
- Mayor hiperintensidades en sustancia blanca.
- Mayor comorbilidad médica.
- Mayor mortalidad.

FORMAS CLÍNICAS

Depresión mayor

La depresión mayor, también llamada depresión endógena, primaria o no reactiva, es la melancólica clásica. Siguiendo criterios diagnósticos puramente descriptivos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), un “**síndrome depresivo mayor**” se define por la presencia, durante al menos dos semanas, de cinco o más de los siguientes síntomas, siendo obligada la presencia de los dos primeros:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días. Puede ser referido por el propio paciente en forma de tristeza, o sentimientos de vacío (lo que va a ser menos frecuente en el anciano) u objetivarse por la presencia, por ejemplo, de llanto.
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 todos los días (referido por el propio paciente u observado por otros). Esta anhedonia, acompañada generalmente de apatía, no siempre resulta fácil de valorar en ancianos arrinconados o privados de estimulación en su entorno.

3. Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen y/o aumento o pérdida de apetito, casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no mera sensación 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.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una percepción subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

La presencia de estos síntomas representa un cambio en la vida del individuo respecto a su actividad previa, provocando malestar clínicamente significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes. Para poder diagnosticar una depresión mayor siguiendo estos criterios, no deben incluirse los síntomas que sean claramente debidos a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo) o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento). Esta salvedad no siempre es fácil de establecer en el anciano, sobre todo con los síntomas físicos, como la pérdida de apetito o el insomnio, que pueden deberse tanto a enfermedades como a la depresión. Las ideas delirantes son más frecuentes en los pacientes mayores y deben ser congruentes con el estado de ánimo deprimido (delirios de ruina, de muerte, de enfermedad). Son una causa frecuente de ingreso hospitalario en estos pacientes mayores, calculándose que aparecen entre un 20-45% de ancianos ingresados por depresión. La forma más extrema es el síndrome de Cotard, con un delirio de negación del propio cuerpo en el que el anciano refiere que su cuerpo está muerto, putrefacto o que su corazón ha dejado de latir.

Si los síntomas son debidos a un duelo, no cumplirían criterios para depresión mayor. Tampoco debe haberse presentado nunca un episodio maníaco o hipomaníaco ni evidenciarse características que puedan explicarse mejor por un trastorno esquizoafectivo.

La clínica persiste durante más de **dos meses** o se caracteriza por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. Podrá presentarse como un episodio único o ser recidivante, si se presentan dos o más episodios. Puede tener o no patrón estacional o tender a la cronicidad sin períodos asintomáticos. La intensidad abarcará desde episodios leves a los más graves con síntomas psicóticos. El DSM-IV hace dos diferenciaciones más, según la depresión mayor se presente con síntomas melancólicos o con síntomas atípicos. Conviene aclarar que esta variante de depresión con síntomas atípicos no tiene la misma acepción que depresión "atípica" del anciano.

Sin embargo, las características de la forma melancólica (**tabla 9**), con un complejo sintomático referido a la esfera corporal o síntomas somáticos, no son raras en el anciano y se han relacionado tradicionalmente con endogenicidad. Una de las principales razones para incluir esta especificación de los síntomas melancólicos en el DSM-IV es que ayuda a planificar el tratamiento, ya que normalmente tienen muy baja tasa de respuesta a cualquier terapéutica que no incluya tratamiento farmacológico.

TABLA 9. Criterios DSM-IV de trastorno depresivo mayor con síntomas melancólicos.

- a) Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual:**
 1. Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
 2. Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros, no sintiéndose mejor, ni siquiera temporalmente cuando ocurre algo bueno.
- b) Tres o más de los siguientes síntomas:**
 1. Una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (por ejemplo, el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido).
 2. La depresión es habitualmente peor por la mañana.
 3. Despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse).
 4. Enlentecimiento o agitación psicomotores.
 5. Anorexia significativa o pérdida de peso.
 6. Culpabilidad excesiva o inapropiada.

La depresión mayor puede no ser tan infrecuente en el anciano, a pesar de la baja prevalencia que describe la literatura. En la mayoría de las depresiones primarias, la enfermedad se relaciona, además de con determinados factores genéticos, con cambios bioquímicos y metabólicos cerebrales secundarios al descenso de neurotransmisores (serotonina, dopamina y noradrenalina), realidad, como hemos comentado, más frecuente en el anciano, fundamentalmente si presenta lesiones vasculares cerebrales que afectan a circuitos frontosubcorticales, como organicidad subyacente.

Tanto en hombres como en mujeres con intentos o suicidios consumados, el diagnóstico más frecuentemente encontrado es la depresión mayor, en sus posibles variantes en el anciano, por lo que es una posibilidad que no debe ser nunca subestimada ante un anciano con apatía intensa y pérdida de su situación basal.

Distimia

El trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves pero crónicos, mantenidos incluso durante años. Es otro tipo de depresión de las consideradas endógenas y los criterios DSM-IV para su diagnóstico incluyen:

1. Estado de ánimo crónicamente deprimido, la mayor parte de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.
2. Debe presentar dos o más de los siguientes síntomas:
 - a) Pérdida o aumento de apetito.
 - b) Insomnio o hipersomnia.
 - c) Astenia.
 - d) Baja autoestima.
 - e) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - f) Sentimientos de desesperanza.
3. Durante ese período de dos años, el individuo no ha de estar sin síntomas durante más de dos meses seguidos.

Además debe cumplirse que no haya existido un episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la alteración y que nunca haya habido

un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco. Las alteraciones no deben aparecer, exclusivamente, en el transcurso de un trastorno psicótico crónico como la esquizofrenia o un trastorno delirante. Ha de descartarse que los síntomas sean debidos a enfermedad médica o a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (una droga o un medicamento). Para cumplir todos los criterios, los síntomas han de causar un malestar clínicamente significativo o deterioro social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En ocasiones es difícil distinguir un trastorno distímico de las formas de depresión mayor que evolucionan a la cronicidad y, con frecuencia, las personas mayores cumplen simultáneamente criterios de trastorno distímico y de episodio depresivo. Tampoco es infrecuente que pacientes que empiezan sufriendo un trastorno distímico acaben posteriormente desarrollando un episodio depresivo mayor. En muchas ocasiones, la diferencia entre distimia y depresión mayor en ancianos, que además presentan lesiones vasculares cerebrales, puede ser una verdadera entelequia. Según el DSM-IV, los síntomas más característicos del trastorno distímico son los somáticos (afectación del apetito, sueño y nivel de energía) además de los cognoscitivos e interpersonales. Para una mejor aproximación ha incluido un criterio B alternativo (**tabla 10**) donde se amplían los posibles síntomas de presentación que, por otra parte, no son tan infrecuentes en el anciano.

TABLA 10. Criterio B alternativo de investigación DSM-IV para el trastorno distímico.

Presencia durante el estado depresivo de tres o más de los siguientes síntomas:

1. Baja autoestima o autoconfianza o sensación de inadecuación.
2. Pesimismo, desesperanza.
3. Pérdida generalizada del interés o del placer.
4. Aislamiento social.
5. Fatiga o cansancio crónicos.
6. Sentimientos de culpa, rumiación por el pasado.
7. Sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesiva.

La distimia parece la segunda forma más frecuente, después de los trastornos adaptativos, de presentación de depresión en el anciano. Su importancia

radica en que parece claro que la depresión crónica leve, que incluso puede no manifestarse nítidamente en el anciano, incrementa el riesgo de sufrir infecciones e incluso cáncer, por daño en el sistema inmune de las personas mayores. Los síntomas depresivos pueden acelerar o incrementar el deterioro inmunológico que acompaña típicamente al envejecimiento, y en este sentido es más importante la prolongación de la depresión y su cronicidad que su gravedad.

Depresión bipolar

Este tipo de depresión se incluye en los trastornos bipolares, que son aquellos en los que la alteración del estado de ánimo se ve afectada en sus dos polaridades, alternando períodos depresivos y maníacos en una misma persona, a diferencia de las depresiones anteriores o “unipolares” con afectación única del polo depresivo. Por lo demás, las características de la depresión son las descritas previamente.

Los trastornos bipolares, con una prevalencia poblacional general similar a la de la esquizofrenia, un 1%, suelen ser cuadros de presentación en el adulto joven, en torno a los 20-40 años, generalmente con antecedentes familiares y afectando por igual a hombres y mujeres. La manía es el estado opuesto a la depresión y en ella existe un ánimo expansivo, con euforia, hiperactividad, aceleración del pensamiento, verborrea, irritabilidad y conductas impulsivas. En los cuadros más graves pueden existir, además de alteraciones del curso, alteraciones del contenido del pensamiento con ideación megalomaniaca, en ocasiones delirante.

La prevalencia del trastorno bipolar en mayores de 65 años es menor que en la población general, en torno al 0,1-0,5%. Más frecuentes, pueden ser en el anciano los síntomas maniformes de origen orgánico, secundarios, a fármacos (**tabla 11**) y a enfermedad, fundamentalmente vasculocerebral, sobre todo si existe afectación del hemisferio derecho y del tálamo (**tabla 12**).

TABLA 11. Algunas causas de manía secundaria en el anciano.

<ul style="list-style-type: none"> ● Patología vasculocerebral. ● Tumores y metástasis cerebrales. ● Traumatismos craneales. ● Déficit de vitamina B₁₂ y ácido fólico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad de Parkinson. ● Epilepsia del lóbulo temporal. ● Trastornos endocrinos: hipertiroidismo. ● Insuficiencia renal. Anemia.
---	---

TABLA 12. Fármacos relacionados con síntomas maniformes en ancianos.

<ul style="list-style-type: none">● Corticoides.● Antidepresivos.● Algunos neurolépticos (risperidona).● Benzodiacepinas (alprazolam).	<ul style="list-style-type: none">● Antiarrítmicos.● Broncodilatadores.● Fármacos dopaminérgicos.● Hormonas tiroideas.
---	---

Si bien es cierto que la depresión en el anciano despierta cada vez más interés, el trastorno bipolar está mucho menos estudiado. En un 5-19% de ancianos con trastornos afectivos pueden aparecer síntomas maniformes. Los rasgos maniformes en el anciano adquieren ciertas peculiaridades y en ellos parecen ser más característicos la presencia de rasgos paranoides, de actitudes querulantes y la agresividad, fundamentalmente en situaciones de confrontación. El ánimo suele ser disfórico, irritable, más que festivo o exaltado. En ocasiones, el tiempo de latencia entre el primer episodio maníaco y el primer episodio depresivo puede ser muy largo. La presentación como formas mixtas, coexistiendo síntomas de depresión y de manía, también es frecuente en el anciano, lo que dificulta el diagnóstico. En ancianos con trastornos bipolares son más frecuentes los síntomas psicóticos y la alta incidencia de factores de riesgo vascular. Algunas formas de presentación tardía de trastorno bipolar se acompañan de déficits cognitivos y pruebas de neuroimagen patológicas, con lesiones estructurales de sustancia blanca. En estos casos la incidencia familiar del trastorno bipolar es menor.

Trastorno adaptativo

Los criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno adaptativo son los siguientes:

1. Síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estrés identificable que aparecen dentro de los **3 meses siguientes a este estrés**.
2. Síntomas que producen malestar mayor de lo esperable en respuesta al factor estresante y deterioro de la actividad laboral o social.
3. La alteración no es un trastorno específico ni es una exacerbación de un trastorno preexistente.

4. Los síntomas no responden a un duelo.
5. Una vez desaparecido el estrés o sus consecuencias, los síntomas no persisten **más de 6 meses**.

El trastorno adaptativo con humor depresivo se considera el tipo de depresión más frecuente en el anciano, o al menos la más diagnosticada, a pesar de que se considera una categoría relegada a la exclusión de otros trastornos y que apenas pueden aportarse datos de investigación epidemiológica. En el anciano son frecuentes desencadenantes la enfermedad física, sobre todo si se acompaña de pérdida funcional y dependencia, los ingresos hospitalarios, la institucionalización, además de cualquiera de las pérdidas que se han señalado al inicio del capítulo, que actúen como factor estresante identificable que desestabiliza y rompe el equilibrio psíquico del anciano, apareciendo ansiedad (más frecuente) o clínica depresiva. Se considera que la reacción emocional debe ser desproporcionada a lo esperado y al desencadenante identificable en los tres meses previos. La recuperación puede ocurrir en 6 meses o evolucionar hacia la cronicidad, situación que estaría favorecida en muchos ancianos.

Debe diferenciarse el trastorno adaptativo del duelo normal, que es la reacción emocional frente a una pérdida. Las manifestaciones pueden incluir sentimientos de culpa, ansiedad con síntomas corporales como falta de aire, opresión en el pecho, falta de apetito, mayor irritabilidad, etc. Clásicamente, el duelo se divide en distintas fases o etapas, que incluyen básicamente: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Si el duelo se elabora satisfactoriamente, debe evolucionar hacia la resolución en un plazo menor de seis meses. Estas características no son siempre de obligado cumplimiento en el anciano, el cual puede presentar, en determinadas circunstancias, tendencia al **duelo patológico**. En este sentido, las reacciones de duelo en el anciano tienden a ser más sostenidas en el tiempo. En muchas ocasiones aparecen duelos retrasados o ausentes de pena, con negaciones prolongadas de la pérdida. El duelo patológico puede acompañarse de síntomas delirantes o hipocondríacos con enfermedad psicósomática franca, de hostilidad manifiesta e incluso de depresiones graves con cuadros de agitación, que requieren intervención farmacológica obligada.

SUICIDIO EN EL ANCIANO

El suicidio continúa siendo un importante problema de salud pública y en los países desarrollados se encuentra entre las diez principales causas de

muerte. La tasa registrada de suicidios consumados va aumentando con la edad, en especial a partir de los 65 años, y aunque las tasas de suicidios en ancianos han disminuido respecto a décadas previas, siguen siendo desproporcionadamente altas (**tabla 13**). El varón de 75 años o más es el de más alto *ratio* de suicidio por grupos de edades.

TABLA 13. *Ratio* de suicidios por edades (EE.UU.).

65 años o más	16,9 por 100.000 personas
45 - 65 años	14,1
25 - 44 años	14,6
15 - 24 años	11,1

En general, la incidencia de suicidio es mayor en los varones que en las mujeres, pero esta diferencia es menos marcada en ancianos que en la población más joven. Es una afirmación clásica que en las mujeres son más frecuentes las tentativas autolíticas que el suicidio consumado, pero esta norma tampoco parece válida en pacientes mayores. La relación intentos de suicidio frente a suicidios consumados es similar en este grupo de edad. El anciano/a que desea morir y elige suicidarse va a matarse de una forma incluso largo tiempo planificada, no impulsivamente, siendo mucho menos frecuente que se utilice la tentativa autolítica como una forma de presión, un chantaje emocional o una llamada de atención a su entorno. Apoyando esta afirmación, las formas de suicidio más frecuentemente utilizado en adultos mayores son las armas de fuego y una alta proporción de ancianos, comparados con una población más joven, usa métodos muy violentos, incluidas cuchilladas y otras heridas por armas blancas (por ejemplo, sección de yugular), el ahorcamiento y el uso de tóxicos (venenos). Solamente una pequeña proporción de adultos mayores, comparados con adultos jóvenes, comenta sus intenciones suicidas en la semana o mes previo.

Por tanto, las personas mayores, potencialmente suicidas, avisan con menos frecuencia y efectúan menos intentos frustrados que los jóvenes, por lo que los suicidios en ancianos pueden ser más difíciles de predecir y, por tanto, de prevenir. Aunque en el adulto de edad media los factores económicos se asocian a suicidio, este condicionante disminuye en ancianos (**tabla 14**). El papel de los factores de salud, la incapacidad funcional y la sintomatología depresiva no se han mostrado claramente como factores de

riesgo significativos e independientes, pero existe consenso en la literatura de que la mayoría de personas que comentan alguna posibilidad de suicidio necesitan ayuda y nunca debe infravalorarse esta intencionalidad en el anciano. Los intentos de suicidio previos son el factor de riesgo más importante de suicidio consumado y este aumento de riesgo persiste durante muchos años.

TABLA 14. Factores de riesgo de suicidio identificados en ancianos.

- Síntomas depresivos: altos niveles de desesperanza.
- Déficit visual.
- Peor autopercepción de su estado de salud.
- Mala calidad de sueño.
- Limitación funcional.
- Soledad y carencia de apoyo social.
- Sexo varón, raza blanca. Viudedad.
- Enfermedades neurológicas incapacitantes.
- Enfermedades oncológicas.
- Intentos de suicidio previos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. 1ª ed. Barcelona: Masson SA, 2002.
- Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry* 2002;52(3):164-74.
- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1147-56.
- Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38(3):239-50.
- Hybels C, Blazer D. Epidemiology of late-life Mental Disorders. En: Grossberg GT. *Geriatric Mental Health*. Clinics in Geriatric Medicine, 2003;663-89.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). (Ed. Esp.) Barcelona: Editorial Masson, S.A. 1995.

Mast BT, Neufeld S, MacNeill SE, Lichtenberg PA. Longitudinal support for the relationship between vascular risk factors and late -life depressive symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;12(1):93-101.

OMS Mental health: New understanding, new hope. *The World Health Report* 2001.

Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J, Ames D. Is late onset depression a prodrome to dementia? In *J Geriatr Psychiatry* 2002;17:997-1005.

Tiemeier H. Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol* 2003;18(8):745-50.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Manuel Martín Carrasco

Servicio de Psiquiatría
Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona. Navarra

ENTREVISTA CLÍNICA

La comunicación con el anciano deprimido

La base del diagnóstico del anciano deprimido es la entrevista clínica, y para que ésta sea fructífera es necesario que se establezca una comunicación adecuada entre el médico y el paciente. Como en cualquier proceso de interacción humana, cada participante y el entorno influyen en el resultado final, por lo que resulta importante analizar los factores de cada uno que pueden dar lugar a una comunicación deficiente.

Por parte del paciente, debemos tener en cuenta la presencia de ansiedad ante la exploración psicopatológica, la existencia de problemas sensoriales (especialmente auditivos), la tendencia a no manifestar aspectos emocionales y a no proporcionar información sobre hechos que pueda considerar como vergonzosos —por ejemplo, el consumo de alcohol o la presencia de antecedentes psiquiátricos— y la frecuente atribución a problemas somáticos de síntomas psiquiátricos. Por parte del médico, pueden aparecer actitudes senectistas —“*ageism*”—, especialmente la tendencia a considerar los síntomas depresivos como parte inherente de la vejez, no merecedores, por tanto, de una atención específica. Podemos emplear una serie de técnicas para resolver estas dificultades y establecer así una comunicación efectiva (**tabla 1**).

TABLA 1. Técnicas para mejorar la comunicación con el anciano deprimido.

1. Abordar al paciente con respeto (por ejemplo, hablarle de usted, recibirle de pie, etc.).
2. Permanecer próximo al paciente.
3. Hablar claro y despacio.
4. Preguntar activa y sistemáticamente por los problemas y síntomas que puedan aparecer.
5. No apresurarse.
6. Prestar atención a la comunicación no verbal.

El proceso de diagnóstico

La **tabla 2** ofrece los elementos del proceso de diagnóstico en un paciente anciano con síntomas de depresión. Es conveniente incluir en la valoración la

TABLA 2. Proceso de diagnóstico de la depresión en el anciano.

- 1. Historia**
 - **Síntomas**
 - Sintomatología actual, incluyendo inicio, duración y evolución.
 - Presencia de factores desencadenantes, por ejemplo, duelo, enfermedad, etc.
 - **Antecedentes**
 - Historia familiar de depresión u otros trastornos psiquiátricos
 - Historia personal previa de síntomas depresivos o maníacos, así como de otros trastornos psiquiátricos, por ejemplo, alcoholismo, o somáticos.
 - Respuesta terapéutica en episodios previos.
 - **Empleo de medicamentos y consumo de sustancias**
- 2. Exploración física**

Valorar especialmente la presencia de trastornos endocrinológicos, infecciones, déficit neurológicos, disfunción cardíaca, o malignidad oculta.
- 3. Exploración psicopatológica**

Valorar especialmente la presencia de:

 - Alteraciones del humor y estado afectivo.
 - Alteraciones de la apariencia, conducta y motricidad.
 - Alteraciones de la percepción (alucinaciones) y el pensamiento (delirios).
 - Autoestima y culpa.
 - Ideación autolítica.
- 4. Exploración cognoscitiva**

Valorar especialmente la presencia de alteraciones del nivel de conciencia, memoria, atención/concentración y capacidad de abstracción
- 5. Pruebas complementarias**
 - **Analítica**
 - Hemograma completo, VSG, urianálisis, pruebas de cribado en plasma (ionograma, urea, glucosa, creatinina, transaminasas), T3-T4, TSH, vitamina B₁₂ y folatos.
 - **Pruebas psicométricas**
 - Miniexamen cognitivo, escala geriátrica de depresión, etc.

entrevista a un familiar o cuidador que conviva con el paciente, con el fin de completar la información. Dada la frecuente comorbilidad entre la depresión y las enfermedades somáticas, el proceso de diagnóstico debe incluir una exploración física, con especial énfasis en las patologías que con mayor frecuencia se asocian a síntomas depresivos y unas pruebas complementarias de cribado general, orientadas posteriormente en función del resultado de la exploración física.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Los sistemas más importantes de clasificación de los trastornos psiquiátricos —DSM-IV y CIE-10— no incluyen criterios diagnósticos que se apliquen de forma específica a la depresión del anciano. Los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV se elaboraron a partir de la clínica de pacientes depresivos jóvenes, por lo que no siempre pueden aplicarse a pacientes ancianos. Aunque los síntomas fundamentales del síndrome depresivo son iguales en el adulto joven y en el anciano, la depresión tardía ofrece algunas singularidades que siempre deben ser tenidas en cuenta. La **tabla 3** recoge alguna de estas singularidades, comparándolas con los criterios de episodio depresivo mayor del DSM-IV-TR. Por ejemplo, los pacientes ancianos tienden a manifestarse con menos frecuencia como tristes o depresivos, y en cambio pueden aparecer en primer plano síntomas de tipo ansioso, irritabilidad o una disminución en la capacidad funcional. Los pacientes ancianos también tienden a presentar mayor pérdida de peso y otros síntomas somáticos o hipocondriasis. Sin embargo, se muestran más renuentes a manifestar ideas de suicidio que los pacientes más jóvenes, aunque tanto las ideas de muerte como el riesgo de suicidio son mayores en la depresión del anciano. La presencia de anhedonia, síntomas psicóticos —delirios y alucinaciones— y de alteraciones de la motricidad —agitación o inhibición— también caracteriza a la depresión del anciano.

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto de especial interés dentro de la evaluación de la depresión en el anciano, dado que se trata de una población de riesgo para el suicidio consumado: la tasa de suicidio en ancianos dobla la de adultos más jóvenes. Aunque en personas jóvenes la conducta suicida puede presentarse en diversos trastornos psiquiátricos, por ejemplo, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, esquizofrenia, en el anciano está más específicamente relacionada con la depresión: entre el 60-90% de las personas de más de 75 años que se suicidan tienen un diagnóstico de depresión. Por tanto, la valoración de riesgo autolítico hay que realizarla siempre que se diagnostique una depresión, y no debe temerse la reacción del paciente a

TABLA 3. Comparación de los criterios DSM-IV-TR de trastorno depresivo mayor y manifestaciones clínicas frecuentes en la depresión del anciano.

DSM-IV	PRESENTACIÓN FRECUENTE EN ANCIANOS
<p>Cinco o más de los síntomas siguientes deben estar presentes la mayor parte del día durante al menos dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo*:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ánimo depresivo. ● Pérdida del interés o de la capacidad para el placer. ● Pérdida o aumento de peso. ● Insomnio o hipersomnia. ● Agitación o enlentecimiento psicómotores. ● Fatiga o pérdida de energía. ● Sentimientos de inutilidad o de culpa. ● Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión. ● Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, planes o tentativas de suicidio. 	<p>Los síntomas siguientes pueden aparecer con mayor frecuencia en ancianos, llegando a dominar el cuadro clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Irritabilidad con aumento de discusiones. ● Síntomas somáticos, por ejemplo, dolor. ● Deterioro cognitivo. ● Disminución de la iniciativa y capacidad de resolución de problemas. ● Deterioro del cuidado personal. ● Abuso de alcohol u otras sustancias. ● Culpa excesiva. ● Síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones). ● Obsesiones y compulsiones u otros síntomas neuróticos. ● Trastornos del comportamiento. ● Agitación o retardo psicomotor. ● Ansiedad, preocupaciones excesivas. ● Acentuación de rasgos anómalos de personalidad.

**Al menos uno de los síntomas es tristeza o pérdida del interés o de la capacidad para placer.*

que se le interrogue sobre este tema, siempre que se lleve a cabo con el tacto adecuado. Hay que comenzar la exploración preguntando por la ilusión y ganas de vivir, para ir pasando progresivamente a valorar la presencia de ideas de muerte, de suicidio, y, finalmente, la existencia de planes concretos y el grado de concreción o realización de los mismos. Los factores de riesgo para el suicidio en el paciente anciano con depresión se resumen en la **tabla 4**.

TABLA 4. Factores de riesgo de suicidio en el anciano con depresión.

1. Sexo masculino.
2. Edad avanzada.
3. Historia de intentos previos.
4. Viudedad reciente.
5. Presencia de planes o actuaciones concretas (por ejemplo, almacenamiento de medicación, modificación del testamento, etc.).
6. Consumo abusivo de alcohol o de otras sustancias.
7. Enfermedades somáticas crónicas y discapacitantes, especialmente si se acompañan de dolor.
8. Rasgos anómalos de personalidad, por ejemplo, impulsividad, introversión.
9. Soporte social deficiente, por ejemplo, soledad.
10. Presencia de los siguientes síntomas en la exploración psicopatológica:
 - Desesperanza intensa, ideación sobrevalorada o delirante, por ejemplo, inutilidad, culpa, autorreproche, hipocondriasis), agitación psicomotora, insomnio marcado.

INSTRUMENTOS

Dadas las dificultades que puede presentar el diagnóstico de la depresión en el anciano, es comprensible que se haya llevado a cabo un gran esfuerzo para desarrollar instrumentos de evaluación apropiados para esta población.

Existen numerosas escalas para la valoración de los síntomas depresivos. Sin embargo, la mayoría de las mismas no fueron desarrolladas originalmente para su utilización en población anciana, o no están adecuadamente validadas en este grupo de población. Entre las escalas que han sido empleadas en ancianos podemos citar la Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D)*, la Escala Autoaplicada de Zung (ZSDS), la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS), y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS).

* Emplearemos los acrónimos correspondientes al nombre en inglés de los instrumentos, por ser lo más empleado habitualmente.

Escala de Hamilton para la Depresión

La HAM-D fue desarrollada más para valorar el resultado de las intervenciones terapéuticas en la depresión que como un instrumento de cribado o de diagnóstico, aunque ha sido empleada de manera muy versátil. Consiste en un instrumento de 21 ítems, que sistematiza la valoración de determinados síntomas que aparecen con frecuencia en la depresión. Diez ítems se puntúan en una escala de 0 a 4; 9 se puntúan de 0 a 2, y 2 ítems se puntúan de 0 a 3. La HAM-D precisa un evaluador cualificado, y se completa en 30 minutos aproximadamente. Aunque es la escala más empleada universalmente para la valoración de la depresión, no ha sido validada en ancianos. Los puntos débiles de este instrumento son la heterogeneidad de su estructura factorial, con abundante presencia de síntomas de tipo ansioso, el énfasis en los síntomas somáticos y conductuales, sin considerar suficientemente la presencia subjetiva de malestar, y la combinación no estructurada de frecuencia e intensidad en la puntuación.

Escala Autoaplicada de Zung

La ZSDS fue desarrollada inicialmente como una escala autoaplicada. Ha sido ampliamente utilizada en estudios epidemiológicos, y consta de 20 ítems. Una crítica frecuente a este instrumento de cara a su empleo en ancianos es la utilización de respuestas graduadas (por ejemplo, nunca, a veces, generalmente, siempre) que suelen resultar confusas en pacientes mayores, por lo que pueden requerir ayuda por parte del entrevistador. Otro problema de esta prueba es que la puntuación media para ancianos es considerablemente mayor que para adultos jóvenes, por lo que, de no emplear un punto de corte ajustado, un gran número de ancianos normales podrían ser clasificados como falsos positivos. Finalmente, la ZSDS no tiene en consideración los síntomas somáticos, con los que frecuentemente se presenta la depresión en el anciano. A causa de estos problemas, diversos autores han recomendado que este instrumento no debe ser utilizado en ancianos, aunque se sigue empleando en cierta medida, especialmente en países europeos. Recientemente se ha elaborado una forma corta de 12 ítems, pero se ha empleado escasamente en población anciana.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

La MADRS es particularmente eficaz para la valoración de cambios producidos por el tratamiento. Es un instrumento que debe emplear un evalua-

dor adiestrado, basándose en las respuestas a una entrevista clínica que se extiende desde unas preguntas más generales a otras más detalladas. Consta de 10 cuestiones centrales, cada una de ellas con 6 puntuaciones posibles, y cubre los síntomas centrales de la depresión, tales como tristeza, cambios en el apetito, insomnio, dificultades en la concentración, o pensamientos suicidas o pesimistas. Se trata de una escala ampliamente utilizada y comparada con otros instrumentos, pero que no ha sido suficientemente estudiada en población anciana

Escala Geriátrica de Depresión

La GDS fue desarrollada específicamente para la detección de depresión en pacientes ancianos. La versión original es un cuestionario autoadministrado que consta de 30 ítems con respuestas en SÍ/NO, lo que resulta más fácil de contestar en ancianos (**tabla 5**). Suele cumplimentarse en 15 minutos. También ha sido utilizada de forma heteroadministrada, conservando sus propiedades psicométricas, lo que resulta de interés en pacientes ancianos; por ejemplo, en caso de analfabetismo o de déficit sensoriales.

En su versión de 30 ítems, la GDS tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% con un punto de corte de 10/11 para el diagnóstico de depresión mayor. Si escogemos el punto de corte de 14/15, perdemos algo de sensibilidad, hasta el 80%, pero la especificidad mejora hasta el 100%. Durante el desarrollo de la escala se apreció que la presencia de síntomas vegetativos de depresión no diferencia entre ancianos deprimidos y no deprimidos, por lo que estos síntomas fueron eliminados del instrumento. La GDS ha sido bien estudiada y validada en distintos entornos clínicos —por ejemplo, unidades de hospitalización, residencias de ancianos, hospitales de día y centros de consultas— por lo que en este momento se considera el instrumento estándar para el diagnóstico de la depresión en el anciano. Sin embargo, el instrumento no funciona bien en pacientes con deterioro cognitivo, por lo que en esta población puede sustituirse por otras escalas desarrolladas específicamente para la valoración de la depresión en la demencia, como la Escala Cornell. No existen suficientes estudios que comparen la GDS con la HAM-D como medida del cambio en ensayos clínicos como para sustituir a la segunda en este tipo de estudios en ancianos.

Existen versiones más cortas de la GDS de 15, 10, 4 y 1 ítems. La más difundida de estas versiones abreviadas es la de 15 ítems, integrada por los ítems de la versión extensa que más se correlacionan con la presencia de depresión. Requiere 5-7 minutos para cumplimentarse, y con un punto de corte

TABLA 5. Escala Geriátrica de Depresión.

Ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde
1 *	¿Está usted satisfecho con su vida?	NO
2 *	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	SÍ
3 *	¿Siente que su vida está vacía?	SÍ
4 *	¿Se siente a menudo aburrido?	SÍ
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene pensamientos que le molestan y no puede sacarse de la cabeza?	SÍ
7 *	¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	NO
8 *	¿Tiene miedo de que le pueda pasar algo malo?	SÍ
9 *	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	NO
10 *	¿Se siente a menudo desprotegido o desamparado?	SÍ
11	¿Está a menudo inquieto o intranquilo?	SÍ
12 *	¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	SÍ
13	¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SÍ
14 *	¿Cree que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SÍ
15 *	En estos momentos, ¿cree que es estupendo estar vivo?	NO
16	¿Se siente a menudo triste y desanimado?	SÍ
17 *	¿Se siente usted inútil?	SÍ
18	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SÍ
19	¿Cree que la vida es muy interesante?	NO
20	¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SÍ
21 *	¿Se siente lleno de energía?	NO
22 *	¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SÍ
23 *	¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	SÍ
24	¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SÍ
25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SÍ
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SÍ
27	¿Está contento de levantarse por la mañana?	NO
28	¿Prefiere evitar grupos de gente?	SÍ
29	¿Le resulta fácil tomar decisiones?	NO
30	¿Está su mente tan clara como antes?	NO

Puntuación total: 0-10: Normal.
 11-14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).
 >14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).
 * Ítems incluidos en la versión corta de 15 ítems (punto de corte 5/6).

de 5/6 muestra una sensibilidad del 85% y una especificidad del 74%. Por tanto, sustituye con ventaja a la versión extensa como instrumento de cribado.

DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO

Ya hemos comentado que el síndrome depresivo es básicamente el mismo en el paciente anciano y en el adulto joven. Sin embargo, existen factores que modifican la expresión del mismo en el anciano. Algunos de ellos surgen del propio proceso de envejecimiento, otros son debidos a un efecto generacional acerca de la percepción de la salud física y mental, mientras que otros aparecen a causa del frecuente solapamiento de los síntomas depresivos y la enfermedad somática. Existen cuatro factores principales que contribuyen a dificultar el diagnóstico: la presencia de comorbilidad somática, déficit cognitivo, factores estresantes de tipo psicosocial y de síntomas de ansiedad intensos.

Comorbilidad con enfermedades somáticas

La depresión en sujetos ancianos ocurre con frecuencia en el contexto de diversas enfermedades somáticas, muchas de las cuales se asocian con altas tasas de depresión (**tabla 6**). En algunos casos, la depresión precede la aparición del trastorno somático, mientras que en otros parece ser consecuencia del mismo. Los mecanismos que relacionan la depresión con las enfermedades somáticas son diversos y frecuentemente, coexisten varios en un mismo paciente. Algunas patologías pueden precipitar directamente un episodio depresivo a través de la alteración directa de los neurotransmisores y los circuitos neuronales implicados en la regulación del estado afectivo; por ejemplo, éste puede ser el caso de la patología cerebrovascular o de la enfermedad de Parkinson.

TABLA 6. Coexistencia de depresión mayor y enfermedades somáticas.

Enfermedad somática	Prevalencia de depresión mayor
Accidente cerebrovascular	22-50%
Cáncer	18-39%
Enfermedad coronaria	15-19%
Artritis reumatoide	13%
Enfermedad de Parkinson	10-37%
Diabetes mellitus	5-11%
Otras (hipotiroidismo, enfermedades agudas)	5-8%

En otros casos, el estrés fisiológico (por ejemplo, el dolor), la discapacidad funcional, el estrés psicosocial asociado a la enfermedad o los tratamientos empleados pueden precipitar un episodio depresivo en un sujeto con un grado alto de vulnerabilidad. Con independencia del mecanismo, generalmente es necesario tratar tanto la depresión como la patología somática comórbida. El solapamiento entre los síntomas depresivos y somáticos complica el diagnóstico de la depresión: síntomas como la pérdida de interés, fatigabilidad, cambios en el apetito o el sueño, pérdida de peso o disminución de la concentración pueden deberse a uno de los trastornos o a ambos, pero en caso de atribuirse exclusivamente a la patología somática, puede darse un abordaje terapéutico equivocado.

Establecer con nitidez si un determinado síntoma pertenece a un síndrome depresivo o a una enfermedad somática puede resultar muy complicado. En primer lugar, nunca debe asumirse que la depresión es una consecuencia normal del envejecimiento o la enfermedad. Mientras que la desmoralización o el miedo pueden ser una respuesta normal a la enfermedad, la depresión mayor nunca lo es. En la gran mayoría de los pacientes, incluso los cuadros médicos más graves y dolorosos no dan lugar a una depresión. Por ello, y dada la evidencia de la existencia de un gran número de pacientes con patología somática y depresión no diagnosticada, se recomienda, en general, una aproximación diagnóstica inclusiva: si el sujeto presenta un cuadro compatible con un síndrome depresivo, con independencia de su origen, debe tratarse como tal, a la vez que se aplica el tratamiento correspondiente al cuadro somático. Tanto la presencia de síntomas de la esfera cognitiva y emocional del síndrome depresivo –por ejemplo, disforia, anhedonia, autoestima baja, o vivencia de desesperanza– como la queja subjetiva excesiva acerca de los síntomas físicos propios de la enfermedad somática son claros indicadores de la presencia de depresión (**tabla 7**).

En segundo lugar, cuando un síntoma aislado es claramente consecuencia de una enfermedad somática (por ejemplo, fatiga o temor a la muerte en un cáncer terminal, o pérdida de peso en caso de hipotiroidismo), no debe ser considerado un síntoma depresivo. Finalmente, hay que tener presente que un buen número de sustancias pueden inducir o agravar un cuadro depresivo, por lo que siempre debemos valorar la aparición o modificación de síntomas depresivos al introducir un nuevo fármaco (**tabla 8**).

TABLA 7. Comorbilidad entre depresión y enfermedad somática. Síntomas que orientan hacia la presencia de depresión.

- Antecedentes depresivos.
- Predominio de síntomas emocionales y cognitivos sobre sintomatología física
- Presencia de llanto espontáneo.
- Acentuación matutina de los síntomas.
- Pérdida de apetito en ausencia de otro tipo de sintomatología (náuseas, dis-fagia, etc...).
- Pérdida de interés e inquietud sin causa aparente.
- Falta de respuesta de la sintomatología física a un tratamiento médico adecuado.
- Aumento del malestar subjetivo ante la enfermedad.

TABLA 8. Principales fármacos que pueden causar depresión.

- Digoxina.
- Analgésicos: AINE, opiáceos.
- L-Dopa.
- Esteroides*.
- Antihipertensivos: β -bloqueantes*, IECA*, bloqueadores de los canales de Ca*, metildopa*, reserpina*, guanetidina*.
- Bloqueadores H2: cimetidina.
- Tratamiento prolongado con neurolépticos convencionales y benzodiazepinas.
- Antineoplásicos: tamoxifeno*, ciclosporina.
- Anticonvulsivantes: barbitúricos.
- Estatinas.
- Disulfiram.
- Alfa-interferón*.
- Progesterona*.
- Metoclopramida.
- Baclofeno.
- Antimicrobianos: etambutol, sulfonamidas.

**Sustancias con las que existe una evidencia más contrastada.*

Deterioro cognitivo

La presencia de deterioro cognitivo es frecuente en la población anciana, de manera que hasta el 45% de los sujetos de edad igual o superior a 85 años pueden experimentarlo. Este hecho puede influir en el proceso diagnóstico del síndrome depresivo al entorpecer la obtención de información. Por otra parte, los síntomas depresivos son habituales en las demencias más frecuentes que sufre el anciano, tanto de tipo cortical –enfermedad de Alzheimer– como subcortical –enfermedad de Parkinson–, alcanzando en algunas muestras hasta el 50% de la población afectada.

Distinguir entre una demencia incipiente y un cuadro depresivo puede ser una tarea compleja (**tabla 9**), y nuestro objetivo principal debe ser no confundir un cuadro depresivo con una demencia, dada la diferencia del pronóstico de ambas entidades. La presencia de antecedentes previos de depresión, personales y familiares debe orientarnos al diagnóstico de la misma. Otros rasgos que apuntan al diagnóstico de depresión son la presencia de síntomas depresivos que dominan el cuadro clínico, la existencia de quejas subjetivas intensas, que resultan discrepantes con la importancia de los síntomas cognitivos, la ausencia de intentos de compensar dichos síntomas, el inicio brusco del cuadro clínico y la atipicidad de los síntomas cognitivos, por ejemplo, pérdida de la memoria remota similar a la de la memoria tardía.

Históricamente se ha denominado “pseudodemencia depresiva” al cuadro depresivo con síntomas cognitivos prominentes, que cedían tras la resolución del episodio depresivo. Incluso en estos casos, se produce con frecuencia una evolución a demencia, con una tasa de conversión de hasta un 20% anual.

Los sujetos ancianos con depresión y dificultades cognitivas importantes, tales como pérdida de memoria y déficit en las funciones ejecutivas (atención, planificación, pensamiento abstracto, etc.) responden mal a los antidepresivos y presentan mayor tasa de recaídas e índice de discapacidad. Este conjunto de síntomas, denominado “síndrome de disfunción ejecutiva de la depresión tardía”, está relacionado con alteraciones de las vías frontoestriadas, con frecuencia de etiología cerebrovascular.

Estrés psicosocial

El estrés, tanto en forma crónica como aguda, aparece con frecuencia como precipitante de un episodio depresivo, aunque siempre existe una vul-

TABLA 9. Diagnóstico diferencial entre depresión y demencia.

	Depresión	Demencia
<i>Historia y curso evolutivo</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas). 3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio insidioso. 2. Evolución lenta y larga (años). 3. No antecedentes previos.
<i>Cuadro clínico</i>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo. 5. Poco esfuerzo en responder. 6. Síntomas afectivos presentes. 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Mejoría vespertina. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad. 5. Se esfuerza para responder. 6. Afecto plano, apatía. 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo. 8. Empeoramiento vespertino y nocturno.
<i>Exploración</i>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba (por ejemplo, "no sé"). 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas, por ejemplo, puntos "sensibles". 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Respuestas intentando disimular el déficit. 10. Patrón de déficit congruente. 11. No hay lagunas específicas.

nerabilidad personal, de manera que el mismo acontecimiento afecta de forma diferente a cada individuo. En los ancianos, los factores estresantes adoptan con frecuencia el carácter de pérdida: del trabajo, la seguridad financiera, la casa, la autonomía personal, la salud, o la de amigos y familiares que fallecen. Cada una de ellas puede dar lugar a una reacción psicológica de tristeza, desmoralización, inseguridad, miedo o soledad, que en sujetos vulnerables puede contribuir a la aparición o el agravamiento de un cuadro depresivo. Es

importante tener en cuenta que la depresión nunca puede considerarse una reacción "normal", por catastróficos que sean los acontecimientos que puedan influir en su aparición, y siempre que aparezca un síndrome depresivo debe aplicarse el tratamiento correspondiente. Cuando los factores psicosociales tienen un papel importante en la aparición y/o mantenimiento del cuadro depresivo, es importante realizar una intervención psicosocial paralelamente a otras formas de tratamiento.

El duelo por la muerte del cónyuge es un factor estresante muy frecuente en personas mayores, y muy a menudo da lugar a un cuadro depresivo. Alrededor de un 20% de los viudos cumplen criterios de depresión mayor a los dos meses de la pérdida. El cortejo sintomático de un duelo agudo puede ser indistinguible de un síndrome depresivo mayor, lo que puede plantear la disyuntiva de cuándo iniciar un tratamiento. Como regla general, cuando un cuadro depresivo aparece dentro de los dos meses tras el fallecimiento, y su duración no sobrepasa los dos meses, debe ser considerado como parte de un duelo normal y no tratarlo. Sin embargo, incluso dentro de estos límites, si la depresión es intensa, se asocia con retardo psicomotor, ideas sobrevaloradas o delirantes y/o ideación suicida, o aparece en una persona con dos o más episodios previos de depresión, debe tratarse activamente. La misma actitud debemos tomar si la depresión es leve, pero se prolonga más de dos meses. Es un error considerar la depresión mayor, en cualquier circunstancia, como una respuesta normal a la adversidad: es siempre una enfermedad grave, y debe tratarse en consonancia.

Síntomas de ansiedad intensos

A diferencia de lo que ocurre en sujetos más jóvenes, los trastornos depresivos del anciano suelen asociarse menos con otros diagnósticos psiquiátricos, como trastornos por abuso de sustancias o trastornos de la personalidad. En cambio, la presencia de síntomas de ansiedad intensos, especialmente en ausencia de antecedentes previos, sugiere la existencia de un trastorno depresivo subyacente. Quizá una excepción sea la aparición de síntomas fóbicos o conductas evitativas, relativamente frecuentes en personas mayores como reacción a circunstancias amenazadoras concretas (temor a salir a la calle tras un episodio de intimidación). A la hora de realizar el diagnóstico diferencial, la clave estriba en analizar la presencia de síntomas más típicamente depresivos –tales como anhedonia, fatiga, cambios de apariencia o de peso, tristeza, culpa excesiva o despertar precoz– antes que los síntomas ansio-

sos, que pueden constituir la queja más importante del paciente. El reconocimiento de la presencia de un trastorno depresivo es particularmente importante para evitar la utilización exclusiva de fármacos ansiolíticos, como las benzodiacepinas, que proporcionan una mejora parcial, pero que a la larga pueden incluso empeorar el cuadro depresivo. Este tipo de actuación es especialmente desafortunado si tenemos en cuenta que los fármacos antidepresivos en general, y los serotoninérgicos en particular, son mejores agentes para el tratamiento de los trastornos de ansiedad primarios que las benzodiacepinas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on Depression in Older People. Practising the evidence. Londres: Martin Dunitz, 2004.
- Burke WJ, Wengel SP. Late-life mood disorders. *Clin Geriatr Med* 2003;19(4):777-97, vii.
- Frances A, Pincus HA, First MB. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, IV. Texto revisado. Barcelona: Masson, S. A., 2004.
- Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 20:9-15.
- Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002;57(2):18-3, 6.
- Szanto K, Gildengers A, Mulsant BH, Brown G, Alexopoulos GS, Reynolds CF, III. Identification of suicidal ideation and prevention of suicidal behaviour in the elderly. *Drugs Aging* 2002;19(1):11-24.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49.
- Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70.

TRATAMIENTO

Luis Agüera Ortiz

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

MANEJO GENERAL DEL PACIENTE DEPRESIVO

La depresión, al igual que cualquier otro proceso de enfermedad que acontece en un anciano, ha de ser valorada en el contexto particular en el que aparece. La estimación de los distintos componentes etiológicos, tanto de orden biológico como psicosocial, orientará hacia el balance que habrá de hacerse de los diferentes tratamientos, ya que rara vez será útil un único gesto terapéutico aislado. Entre estos tratamientos se encuentra la psicofarmacología, por supuesto, pero también la adecuación de otros fármacos que el paciente puede estar tomando y que eventualmente pueden estar influyendo, siquiera parcialmente, en el estado depresivo como desencadenante o mantenedor de la sintomatología. También serán habitualmente necesarias las acciones de corte psicoterapéutico, entendidas éstas en su sentido más amplio, desde el establecimiento de una adecuada relación médico-enfermo que sitúe al anciano como principal protagonista de la misma, al apoyo psicológico o la psicoterapia estructurada en sus diferentes modalidades.

CONSIDERACIONES SOBRE PSICOFARMACOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN GERIÁTRICA

A la hora de prescribir medicaciones a los ancianos es preciso tener en cuenta que la elección del tratamiento se apoya en tres ejes fundamentales:

- Las modificaciones que el envejecimiento en sí impone en el organismo.
- Los posibles procesos de enfermedad concomitantes y sus tratamientos.
- La naturaleza de la enfermedad psiquiátrica en sí.

La edad impone modificaciones biológicas que pueden tener repercusión en la farmacodinámica y la farmacocinética de las sustancias que se empleen. La **tabla 1** resume las principales.

Generalmente, la consecuencia que se deriva de todos estos cambios es la necesidad de ajustar a la baja la dosis de muchas de las moléculas. Pese a ello, conviene recordar que con una parte de los psicofármacos más modernos, en especial los antidepresivos de tercera generación, estos ajustes de dosis no son necesarios.

TABLA 1. Cambios biológicos relacionados con la edad, con influencia en el tratamiento farmacológico.

- **Farmacocinética**
- Absorción: escasas modificaciones.
- Distribución: afectada por la distinta distribución de la masa corporal, con:
 - ↓ Agua total
 - ↓ Agua extracelular
 - ↓ Volumen plasmático
 - ↓ Albúmina
 - ↑ Tejido adiposo
- Metabolización hepática reducida.
- Menos afectados los procesos de conjugación.
- Eliminación renal más larga.
- **Farmacodinámica**
 - ↓ del número de determinados receptores y de neurotransmisores.
 - ↓ de monoaminooxidasa.
- Cambios estructurales y funcionales en los órganos diana.

No cabe duda de que la presencia de enfermedades y tratamientos concomitantes también tendrá una influencia en la elección de la molécula anti-depresiva. Por ello, dada la frecuente coexistencia de tratamientos múltiples, la elección ha de encaminarse hacia los compuestos con una menor frecuencia de interacciones con los fármacos que ya recibe el paciente. Las dos fuentes potenciales de interacción farmacológica relevantes a los antidepresivos son su posible actuación sobre el sistema del citocromo P450 y la posibilidad de desplazar hacia el torrente sanguíneo a otros fármacos que viajan unidos a proteínas plasmáticas.

Un factor de especial relevancia en los ancianos es la fragilidad de sus capacidades cognitivas. El rendimiento de las funciones intelectivas de la persona mayor puede encontrarse situado en un espectro que va desde la absoluta normalidad a la demencia franca, pero, en cualquier caso, son funciones que en este grupo de edad son frágiles y pueden alterarse por muy diferentes causas, incluidas las de origen yatrogénico farmacológico. Es lo que se denomina toxicidad cognitiva. En este sentido, una de las claves fundamentales de la utilización de antidepresivos es la evitación, en lo posible, de fármacos con capacidad anticolinérgica. La transmisión colinérgica está íntimamente relacionada con las capacidades cognitivas y, por tanto, ha de evitarse aumentar la carga del déficit, especialmente en el caso de pacientes con deterioro cognitivo o demencia. Adicionalmente, el uso de medicaciones con capacidad anticolinérgica contrarresta el efecto de los fármacos inhibidores de la acetil-colinesterasa (IACE), usados en la enfermedad de Alzheimer.

La depresión geriátrica requiere una atención cuidadosa en cuanto a su tratamiento, ya que es más frecuente que en el adulto encontrar factores de resistencia y respuestas parciales. La presencia de lesiones estructurales cerebrales, y especialmente las de origen vascular, se ha relacionado con la presentación de episodios depresivos, especialmente de inicio tardío, asociándose, en general, con una mayor morbimortalidad y también con una peor respuesta al tratamiento antidepresivo. Parte de estos enfermos pueden identificarse con lo que en la actualidad se define como depresión vascular. Se trata de pacientes con un lecho vascular cerebral comprometido, que puede ser puesto en evidencia mediante estudios de resonancia magnética nuclear en los que aparecen las hiperintensidades en la sustancia blanca típicas de la enfermedad vascular cerebral. Si se han de vencer estas dificultades añadidas, se requieren moléculas con probada eficacia en pacientes tanto leves como graves, ya que la remisión de la sintomatología ha de ser un objetivo igualmente valioso tanto en los ancianos como en los adultos.

De hecho, el objetivo del tratamiento antidepresivo ha de ser no sólo la respuesta al fármaco (mejoría de los síntomas) sino la remisión de los mismos (supresión sintomática y vuelta a la situación asintomática original). Con frecuencia se persiguen objetivos más modestos en los ancianos que en los adultos, lo cual no está justificado de forma regular. La cuestión de los síntomas residuales adquiere gran importancia en el paciente anciano, pues pueden seguir afectando notablemente a su calidad de vida, probablemente más que en el paciente más joven. Asimismo, son responsables de un mayor número de recaídas.

Una vez obtenido el efecto antidepresivo, es preciso realizar una terapia de mantenimiento para evitar las recaídas. La mayoría de los consensos al respecto recomiendan que este período tenga una duración doble en el anciano que en el adulto, lo que significa que este tiempo rara vez será inferior a los 18 meses. La aparición de dos episodios depresivos en la edad avanzada puede ser indicativa de tratamiento antidepresivo de por vida.

La evolución del tratamiento farmacológico de la depresión cuenta ya con alrededor de cincuenta años de historia. A lo largo de ese tiempo, puede hablarse de tres generaciones de antidepresivos que serán expuestas a continuación. Las características particulares de las distintas moléculas aparecen reflejadas en las **tablas 2 y 3**.

TABLA 2. Pautas de dosificación de los antidepresivos en geriatría.

Dosis diaria		Administración
Tricíclicos o heterocíclicos		
Nortriptilina	50-100	2 veces al día
Inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina		
Trazodona	50-200	1 a 3 veces al día
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)		
Fluvoxamina	100 a 150 mg	2 veces al día
Fluoxetina	20 mg	1 vez al día
Sertralina	50 a 150 mg	1 vez al día con alimentos
Paroxetina	20 mg	1 vez al día
Citalopram/ escitalopram	20 mg/10 mg	1 vez al día
Duales: antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico (NASSA)		
Mirtazapina	15-30 mg	1 vez al día. Dosis nocturna. Fórmula flas
Duales: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN)		
Venlafaxina retard	75 a 150 mg	1 vez al día. Fórmula retard

TABLA 3. Algunas recomendaciones para uso de antidepresivos en ancianos.

- Pueden requerirse períodos más largos para el inicio de la acción anti-depresiva (4-6 semanas).
- Mantener el tratamiento antidepresivo al menos un año tras la resolución sintomática.
- Evitar antidepresivos con efecto anticolinérgico: por ejemplo, tricíclicos.
- Se pueden aprovechar las capacidades sedativas de trazodona como ansiolítico e hipnótico, especialmente en demencia.
- Si hay importante anorexia y pérdida de peso: evitar ISRS, en especial fluoxetina. Recomendable mirtazapina.
- Evitar ISRS si hay sintomatología extrapiramidal.
- Los ISRS pueden aumentar la digitaemia.
- Fluvoxamina puede aumentar la teofilinemia.
- Los ISRS pueden disminuir las necesidades de anticoagulantes orales.
- Venlafaxina retard puede mejorar las patologías álgicas.
- No hay interacciones significativas entre antidepresivos y fármacos para la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la ACE o memantina).

Antidepresivos de primera generación

La introducción en los años sesenta de los primeros fármacos con capacidad de mejorar los síntomas afectivos sirvió para delimitar los mecanismos fundamentales de la acción antidepresiva. El concepto más básico por el cual los antidepresivos ejercen su acción alude a su capacidad a nivel sináptico de inhibir la recaptación de serotonina, noradrenalina, o de los dos. Los antidepresivos tricíclicos actúan de esta manera, aunque también lo hacen sobre otros mecanismos de transmisión como los muscarínicos, α_1 -adrenérgicos o H1, que no tienen en principio relevancia en cuanto a la depresión en sí, pero sí son responsables de la producción del buen número de efectos indeseables que estos medicamentos poseen. Otro mecanismo de acción de un grupo diferente de fármacos (los inhibidores de la monoaminoxidasa [IMAO]) es la inhibición de la degradación de monoaminas actuando sobre la enzima monoaminoxidasa, responsable de esta acción. Un tercer grupo de fármacos antidepresivos, entre los que se encuentra la mianserina, no tienen un efecto notable sobre la recaptación de monoaminas. Su mecanismo de acción consiste en el bloqueo de los adrenorreceptores α_2 presinápticos, facilitando las acciones noradrenérgicas y serotoninérgicas centrales.

La eficacia de estos fármacos es incuestionable, aunque los datos específicos de la misma para población anciana son escasos, pese al tiempo transcurrido desde su introducción. Esta eficacia se ve contrarrestada por su perfil de efectos indeseables, que son especialmente problemáticos en la edad avanzada. Así, determinados efectos que pueden ser mejor tolerados en pacientes jóvenes, se convierten en importantes en los ancianos, en los que, por ejemplo, el estreñimiento puede derivar en impactación fecal, la hipotensión ortostática en caídas y fracturas, o el aumento de peso en obesidad y sobrecarga articular. Asimismo, especialmente significativa en este grupo de edad es la toxicidad cardíaca. Adicionalmente, la toxicidad cognitiva derivada de sus efectos anticolinérgicos puede hacer que los rendimientos de la memoria y otras funciones superiores puedan verse comprometidos, incluso en pacientes sin deterioro cognitivo de base. Los efectos secundarios, incluso menores, no suelen desaparecer totalmente con el tiempo, lo cual compromete también el cumplimiento a largo plazo. De todos los antidepresivos tricíclicos disponibles, la molécula que en todo caso es más apropiada para su uso geriátrico es la nortriptilina.

De cualquier forma, en el balance de los riesgos y beneficios, puede afirmarse actualmente que los antidepresivos tricíclicos, IMAO y mianserina no pueden ser considerados de primera elección en la depresión geriátrica y su uso, cuando es necesario, debe restringirse al ámbito especializado de la Psiquiatría.

Antidepresivos de segunda generación

La introducción en la década de los 90 de los inhibidores selectivos de monoaminas, especialmente de serotonina (ISRS), pero también de noradrenalina (ISRN), constituye un buen ejemplo de uno de los principales enfoques de la farmacología moderna para desarrollar nuevos compuestos: son medicamentos diseñados específicamente a partir de una hipótesis farmacodinámica: el déficit monoaminérgico en la depresión. De igual manera, siguiendo las directrices actuales, han sido ampliamente estudiados en el adulto en ensayos clínicos controlados por placebo y, en menor medida, aunque en general de forma suficiente, en el paciente geriátrico. Nos referiremos aquí sólo a los ISRS, ya que la reboxetina, único ISRN disponible, no tiene la aprobación en la ficha técnica para su uso en ancianos, pese a que existen datos publicados que avalan su eficacia y seguridad en esta población. Un caso aparte también lo constituye la trazodona, un inhibidor no selectivo de la recaptación de serotonina, que se situaría en un lugar intermedio entre los antidepresivos

de primera y segunda generación. Aunque eficaz, su potencia antidepressiva es menor que el de la de las moléculas más modernas a las dosis habitualmente utilizadas en ancianos. Sin embargo, es el más sedante de todos los antidepressivos y esto le confiere utilidad en los casos de ansiedad importante e insomnio, especialmente en pacientes con demencia, que pueden tolerar mejor la trazodona que las benzodiazepinas o los neurolepticos. Esta acción puede ser aprovechada tanto en pacientes con sintomatología depresiva concomitante como en aquellos que no la padecen.

Todos los ISRS han sido objeto de ensayos clínicos en población anciana con resultados favorables en cuanto a eficacia y tolerabilidad. La menor cardiotoxicidad y la seguridad en la sobredosis son aspectos de especial importancia dada la mayor prevalencia de enfermedad cardíaca y de tentativas suicidas en esta edad. Además, varios estudios han demostrado un perfil favorable sobre la ya reseñada toxicidad cognitiva en comparación con los tricíclicos. La mayor facilidad de uso en cuanto a dosificación, número de tomas diarias y ausencia de necesidad de titulación de dosis son aspectos también favorables. Estudios naturalísticos amplios, como el MEDAS español, avalan la utilidad de los ISRS –en este caso de sertralina– en el tratamiento de la depresión geriátrica en condiciones clínicas habituales, especialmente en presencia de enfermedades médicas y de sus tratamientos correspondientes.

Los ISRS, como es bien conocido, poseen un perfil de efectos adversos diferente al de los tricíclicos, sin duda menos importante en cuanto a toxicidad sistémica. Los más frecuentes son de tipo digestivo, que suelen desaparecer pasados unos días. Sin embargo, hay algunos otros efectos que, si bien suelen ser tolerados sin repercusiones en el adulto, pueden suponer una situación distinta en el paciente mayor. Así, se puede citar lo problemático que puede ser en determinadas circunstancias para un anciano debilitado la anorexia y la pérdida de peso, o la presentación, no tan infrecuente, de sintomatología extrapiramidal. Asimismo, su potencial capacidad estimulante puede producir inquietud, ansiedad e insomnio durante los primeros días de tratamiento, que pueden descompensar situaciones de equilibrio emocional frágil. Estos efectos indeseables pueden ser causa de abandonos o de deterioro en la calidad de vida. Adicionalmente, algunos de ellos presentan interacciones farmacológicas, que pueden ser clínicamente relevantes, con fármacos de uso habitual en el anciano, como son la digital, antidiabéticos orales e insulina, anticoagulantes orales, calcioantagonistas y antiarrítmicos. Cada molécula posee su particular perfil de interacciones, aunque se sabe que los dos fármacos menos problemáticos en este sentido son sertralina y citalopram/escitalopram.

La capacidad de los ISRS de producir remisiones sintomáticas completas parece ser menor que la de los tricíclicos, especialmente si la intensidad de la sintomatología es mayor. Los estudios iniciales de Beasley y Anderson describían una eficacia menor de los ISRS como grupo frente a los tricíclicos, con excepción de fluvoxamina y sertralina, mientras que Roose y cols. obtuvieron una tasa de respuesta considerablemente menor con fluoxetina que con nortriptilina en pacientes ancianos con patología cardíaca y depresión severa.

En cualquier caso, los antidepresivos de segunda generación ofrecen un balance positivo para su utilización en el anciano frente a los de la primera, aunque es preciso tener en cuenta todas las cuestiones antes señaladas.

Antidepresivos de tercera generación

La nueva generación de fármacos antidepresivos la componen fármacos con una acción dual sobre la transmisión serotoninérgica y noradrenérgica, aunque por diferentes caminos. Sus representantes son actualmente la mirtazapina (NASSA) y la venlafaxina retard (ISRSN). Estos fármacos rescatan la eficacia de los tricíclicos pero, debido a su selectividad, están en buena medida desprovistos de los efectos secundarios típicos de la acción sobre sistemas de neurotransmisión no vinculados con la depresión en sí. En el caso de los ancianos, en quienes el envejecimiento cerebral normal impone cambios deficitarios en estos sistemas, existiría una base teórica que favorecería su utilización en este grupo de edad. Siguiendo a Stahl (1997), dos mecanismos de acción pueden ser mejor que uno, ya que poseen un mecanismo neuromodulador más completo.

De hecho, ambos son medicamentos que han probado su eficacia en pacientes geriátricos, con una tolerabilidad muy buena y un excelente perfil de seguridad, ya que sus interacciones, potencialmente peligrosas con otros fármacos de uso común en ancianos, son realmente muy escasas y mejoran el ya buen perfil de los ISRS más seguros. Incluso la ficha técnica de venlafaxina retard indica que no necesita ajuste de dosis en este colectivo.

Mirtazapina es un fármaco que no tiene un efecto notable sobre la recaptación de monoaminas. Su mecanismo de acción consiste en el bloqueo de los adrenerreceptores α_2 presinápticos, facilitando las acciones noradrenérgicas y serotoninérgicas centrales. Al ser la acción noradrenérgica la primaria y ejercer a través de ella la serotoninérgica, se ve desprovisto de los típicos efectos secundarios gastrointestinales de los ISRS, produciendo también notablemente menos disfunción sexual.

Mirtazapina ha demostrado eficacia en depresión geriátrica con un perfil de efectos secundarios que es leve y similar al presentado en los pacientes más jóvenes. Su capacidad ansiolítica y favorecedora del sueño la hace útil en pacientes con estas necesidades. Sin embargo, la sedación parece darse con menos frecuencia en los ancianos que en los adultos. Se ha demostrado que su uso se acompaña de una menor necesidad de consumo de benzodiacepinas.

Mirtazapina también ha sido ya ensayada en pacientes con depresión en el contexto de la demencia. La ganancia ponderal que se observa en algunos pacientes puede constituir un efecto favorable más que adverso en pacientes con tendencia a la pérdida de peso, hecho frecuente, por ejemplo, en estadios medios y avanzados de la enfermedad de Alzheimer.

El perfil de seguridad e interacciones es excelente y comparable al de la sertralina y el citalopram.

Venlafaxina retard sí es un inhibidor selectivo de la recaptación de monoaminas, que ejerce su acción sobre la serotonina y la noradrenalina principalmente. Ha demostrado una importante eficacia antidepressiva, con tasas de remisión incluso superiores a las de otros fármacos de uso común. La acción noradenérgica de venlafaxina retard se potencia con el aumento de dosis, llegando, incluso a tener acción dopaminérgica con dosis superior a 150 mg. Sin embargo, la venlafaxina retard está prácticamente desprovista de actividad colinérgica muscarínica, histaminérgica, y α_1 -adrenérgica. Tampoco muestra afinidad por los receptores 5-HT_{1A}, 5-HT₂, α_2 -adrenérgicos o dopaminérgicos D₂. La escasa afinidad mostrada por estos receptores explica que el perfil de efectos colaterales sea escaso, careciendo de los efectos anticolinérgicos, sedantes y cardiovasculares característicos de los tricíclicos.

Venlafaxina retard no tiene una acción relevante sobre el sistema del citocromo P450, por lo que prácticamente no presenta interacciones medicamentosas, típicas de algunos ISRS. Adicionalmente, es el antidepressivo que presenta la más baja tasa de fijación a las proteínas plasmáticas (aproximadamente 27%), característica que incrementa su biodisponibilidad y disminuye considerablemente el riesgo de interacciones por desplazamiento de otras moléculas, como, por ejemplo, la digital o el dicumarol.

En los ensayos clínicos iniciales de registro apareció el dato de un incremento de la tensión arterial diastólica en un pequeño número de pacien-

tes. Este riesgo no se ha sustanciado de manera significativa con su uso habitual tras su introducción en la clínica. Parece tratarse de un fenómeno idiosincrásico que afecta a un número muy pequeño de pacientes que toman dosis altas de venlafaxina retard, generalmente por encima de 225 mg diarios, dosis poco habitual en ancianos. Además, es interesante destacar que una historia de hipertensión arterial no parece predisponer a incrementos adicionales de la tensión inducidos por el tratamiento. Por tanto, salvo en esos casos especiales, venlafaxina retard es segura en el paciente hipertenso tratado de la manera habitual. En cualquier caso, para mayor seguridad, basta con monitorizar la tensión arterial en los pacientes que superen la dosis de 200 mg diarios.

Una ventaja adicional de venlafaxina retard, como fármaco dual, es la mayor capacidad de conseguir altas dosis de remisión sintomática completa, demostrado en dos extensos metaanálisis frente a los ISRS habituales.

En los ensayos clínicos en fases 2 y 3 del fármaco, no se observaron diferencias globales en cuanto a seguridad o efectividad entre los pacientes ancianos y los adultos más jóvenes incluidos en los mismos. No parece que existan diferencias ni en los parámetros farmacodinámicos ni en los farmacocinéticos del fármaco en el anciano, por lo que tampoco son necesarios especiales ajustes de dosis en esta franja de edad. Todos estos datos orientan hacia un perfil muy favorable de uso en la edad geriátrica a corto y largo plazo.

Un amplio estudio realizado en nuestro país con población geriátrica en más de 1.200 pacientes demostró una eficacia notable, a dosis a partir de 75 mg diarios, con una tasa de remisión completa a los 6 meses de tratamiento del 70%, considerablemente superior a lo publicado con otros fármacos, y una tolerabilidad considerada buena o excelente en más del 90% de los pacientes tratados. Otro estudio reciente, también español, señala una eficacia de venlafaxina retard similar a la del tricíclico patrón nortriptilina, pero con mejor tolerabilidad.

Venlafaxina retard tiene, además, la ventaja de carecer de efectos anticolinérgicos, por lo que protege las capacidades cognitivas del paciente y, de hecho, ha sido ensayada con éxito también en la demencia de diferente etiología y gravedad.

Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) o electrochoque consiste en hacer llegar al cerebro una corriente eléctrica de intensidad y voltaje controlados, mediante la aplicación de electrodos en lugares precisos de la piel del cráneo con el fin de provocar convulsiones. Su administración se realiza bajo anestesia general y relajación muscular, por lo que las convulsiones no se hacen aparentes y el paciente no percibe nada.

La TEC es la forma de tratamiento más eficaz –incluyendo cualquier psicofármaco– en determinadas formas de trastornos depresivos mayores y algunas de psicosis. Es un tratamiento tan seguro que es de elección en variadas formas de depresión en el anciano e incluso durante el embarazo. Las indicaciones actuales de la TEC en los trastornos afectivos son limitadas pero bien claras. Se trata principalmente de las situaciones de fracaso o intolerancia a la medicación antidepressiva, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas, edad avanzada o necesidad crítica de alcanzar una rápida mejoría. Los prejuicios que tradicionalmente han acompañado a esta forma de tratamiento no tienen ya ningún fundamento con las modernas técnicas de aplicación y no deben impedir a los pacientes que lo precisen su acceso a ellas, ya que se trata de una terapia que salva vidas al igual que lo hace la aplicación de un desfibrilador cuando se hace necesario, y resulta infinitamente menos traumática.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA GERIÁTRICA DE LA DEPRESIÓN

Tradicionalmente ha existido una visión pesimista sobre la aplicabilidad de las diferentes técnicas psicoterapéuticas en el anciano. Como afirmación general, esta cuestión se ha demostrado errónea. Entre otras razones, lo que frecuentemente ha ocurrido es que se ha intentado aplicar directamente técnicas diseñadas para personas más jóvenes, sin adaptarlas a este grupo de edad.

La psicoterapia de la depresión tiene elementos comunes con la del resto de las psicoterapias de los ancianos, junto a elementos específicos. Los temas generales se basan fundamentalmente en:

Afrontamiento de la pérdida de poder. Una de las características esenciales que conlleva el envejecimiento desde el punto de vista sociocultural

es la pérdida de protagonismo en la vida social y de determinados niveles de poder que previamente se ostentaban.

Disfrute. Otro punto importante surge de la visión negativa de la vejez por parte de la sociedad, que la identifica, entre otras cosas, con una carencia de actividades placenteras. Esta visión puede ser asumida por los propios ancianos, que pueden renunciar a fuentes de satisfacción que, sin embargo, les serían accesibles.

Revisión de la vida. Este punto se basa en la tendencia del anciano a revisar el contenido de su vida, intentando buscarle un sentido a la misma. En el curso de las psicoterapias, la tendencia espontánea a hacer una revisión de la vida suele verse incrementada.

Las temáticas específicas de la terapia de la depresión en los ancianos pueden ser muy variadas, pero en la mayoría de los casos rondan acerca del tema de las pérdidas, tanto las de seres queridos como las referidas a las propias capacidades, estatus y autoimagen. En el caso de duelos complicados o patológicos, la terapia se centra en este desencadenante específico.

En lo referente a las técnicas propiamente dichas, se observa que cuando se comparan modelos terapéuticos bien establecidos como la psicoterapia de inspiración psicoanalítica, o la cognitiva y la conductual, la mayoría de los trabajos coinciden en encontrar una eficacia de cada una de ellas superior al placebo y similar al comparar las distintas técnicas entre sí. Las más importantes aparecen en la **tabla 4**.

Con independencia de la aplicación de técnicas psicoterapéuticas clásicas, como las psicodinámicas o las cognitivo-conductuales, son de especial interés en los ancianos dos formas más novedosas de terapia:

Terapia de reminiscencia. Se caracteriza por el regreso y la expresión de recuerdos de experiencias pasadas, sobre todo aquellas que fueron especialmente significativas, tanto las positivas como las más dolorosas y el trabajo con ese material reactualizado desde la memoria. La reminiscencia se consigue con la intervención de elementos facilitadores, incluyendo la presencia en la sesión de objetos significativos, fotografías, música, antiguos diarios, entre otros, así como el relato verbal o escrito de determinadas épocas de la vida del paciente.

TABLA 4. Técnicas de intervención psicoterapéutica en la edad avanzada.

- Psicoterapias individuales.
- De inspiración psicodinámica.
- Psicoanálisis.
- Psicoterapia psicoanalítica.
- Psicoterapia breve o focal.
- Psicoterapia de apoyo.
- Cognitivas-conductuales.
- Reminiscencia.
- Interpersonal.
- Intervención psicomotriz.
- Ergoterapia y fisioterapia.
- Terapias grupales.
- Técnicas grupales con inspiración similar a las terapias individuales.
- Terapias familiares.
- Sistémicas.
- Psicodinámicas.
- Terapias institucionales.
- Grupos institucionales.
- Hospital de día.
- Socioterapia.
- Centros sociales, recreativos, de día, ocupacionales, aulas y universidades de tercera edad, etc.

Terapias a través del cuerpo. *Psicomotricidad.* Consiste en utilizar el cuerpo y su movimiento para tocar una vivencia afectiva. Es un medio de llegar donde la palabra por sí sola no llega o entorpece, y abordar la sintomatología obteniendo una mayor adaptación al medio. La movilización de los afectos a través del cuerpo es de especial relevancia en el paciente mayor, ya que precisamente a esta edad el cuerpo cobra un protagonismo de primer orden. Comprende muy diferentes técnicas, que pueden dividirse en aquellas con una vertiente más activa (movimiento de distintas partes del cuerpo, ejercicios de equilibrio y coordinaciones realizadas con o sin la ayuda de objetos, trabajo con la marcha, juego terapéutico entre otros) y las de tipo pasivo (movilizaciones segmentarias de partes del cuerpo, masajes, estimulación sensorial y, muy especialmente, relajación).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN E INGRESO

El tratamiento de la depresión ha avanzado notablemente en los últimos años y de ello se ha beneficiado especialmente la población geriátrica. La introducción de los antidepresivos de segunda y tercera generación ha supuesto la accesibilidad de estos pacientes a tratamientos que anteriormente no eran de uso generalizado, o lo eran a costa de una significativa carga de efectos secundarios y riesgos generales. Pero también ha supuesto el acceso y la familiaridad con el tratamiento antidepresivo de muchos médicos no psiquiatras que atienden a pacientes de edad avanzada por muy diferentes causas.

Todo esto ha hecho que, en el momento actual, la primera línea del tratamiento antidepresivo en geriatría la constituyan los propios geriatras, junto a los médicos de familia y de residencias. El tratamiento por parte de la Psiquiatría se sitúa actualmente en un segundo escalón especializado, cuando este primer abordaje no es posible o no ha sido efectivo.

Las razones que pueden decidir la derivación no son siempre unívocas y dependen tanto de la gravedad de la situación como de la capacidad del médico a cargo para asumir el reto. También influye la disponibilidad de medios, como pueden ser el tiempo para realizar las intervenciones y la frecuencia adecuada de las mismas.

De forma general, los criterios que pueden aconsejar la derivación a Psiquiatría de un paciente anciano con depresión aparecen en la **tabla 5**.

TABLA 5. Criterios de derivación a Psiquiatría.

- Dificultades en el diagnóstico o diagnóstico diferencial.
- Grave intensidad de los síntomas.
- Riesgo claro de suicidio.
- Intentos autolíticos previos.
- Presencia de episodios previos de manía o características de bipolaridad.
- Presencia de ideación delirante.
- Importante comorbilidad física o psíquica.
- Ausencia de respuesta o respuesta parcial tras 4-6 meses de tratamiento.
- Valoración de ingreso psiquiátrico.
- Valoración de terapia electroconvulsiva.

La depresión a cualquier edad puede alcanzar niveles notables de gravedad. Es una de las enfermedades mentales que tienen mortalidad, que en este caso se hace efectiva a través del suicidio. De hecho, es precisamente en la edad avanzada cuando el riesgo de suicidio está especialmente incrementado. Alcanzados determinados niveles de gravedad, se precisa el ingreso hospitalario, que puede tener varios fines:

- Determinación más completa de los diferentes componentes etiológicos, incluidos los orgánicos, pero también de los psicológicos y sociofamiliares.
- Protección del paciente frente a su ideación autolítica.
- Utilización de formas más complejas de tratamiento farmacológico.
- Aplicación de terapia electroconvulsiva u otras terapias biológicas no farmacológicas.

CONCLUSIONES

En general, podemos decir que en el ámbito de la depresión geriátrica no existe un único tratamiento de elección. La incorporación de las sucesivas generaciones de antidepresivos ha ido contribuyendo a una mayor efectividad del tratamiento de esta siempre penosa enfermedad. Los nuevos fármacos antidepresivos ofrecen ventajas considerables en cuanto a seguridad y ausencia de afectación de la función cognitiva.

De cualquier manera, la respuesta a la heterogeneidad de la población anciana reside en la individualización del tratamiento. Así, el proceso de elección del mismo ha de atender a criterios multifactoriales, ya que hay que tomar en consideración variables tales como el estado físico, el tipo y la intensidad del trastorno depresivo, y el perfil de efectos secundarios más tolerable para el paciente. La elección de moléculas con baja capacidad de interacciones medicamentosas también es una prioridad en el caso frecuente de que el enfermo esté polimedicado. Por tanto, una prescripción individualizada exige un buen conocimiento del paciente, teniendo también en cuenta que el tratamiento farmacológico constituye sólo una parte del enfoque terapéutico global.

Perseguir siempre que se pueda la remisión de los síntomas y no el mero alivio sintomático ha de ser una meta terapéutica permanentemente presente, con independencia de la edad del paciente.

Por todo ello, conviene valorar las aportaciones de los fármacos duales en la consecución de estos objetivos.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agüera L, Reneses B, Calcedo A. ¿Qué papel juegan las psicoterapias en el tratamiento de la depresión en el anciano? En: Calcedo Barba A, editor. La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1996; p. 225-52.
- Agüera-Ortiz LF, González Parra S, Sánchez Piedra R, Palomo T. Patrones de uso de los antiguos y nuevos antidepresivos en pacientes geriátricos con depresión. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28(6):343-52.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S. "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-22.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Recovery in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:305-12.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kakuma T, Silbersweig D, Charlson M. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997;154(4):562-5.
- Anderson IM, Tomenson BM. The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression: a meta-analysis of studies against tricyclic antidepressants. *J Psychopharmacol* 1994;8:238-49.
- Baldwin RC. The prognosis of depression in later life. En: Holmes C, Howard R, editors. *Advances in old age psychiatry*. London: Wrightson, 1997; p.194-226.
- Beasley CM, Holman SL, Potvin JH. Fluoxetine compared with imipramine in the treatment of inpatient depression. *Ann Clin Psychiatry* 1993;5:199-207.
- Cervera-Enguix S, Baca-Baldomero E, García-Calvo C, Prieto-López R. Depression in primary care: effectiveness of venlafaxine extended-release in elderly patients; Observational study. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38(3):271-80.
- Cunningham LA. Depression in the medically ill: choosing an antidepressant. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl A:90-7.
- Dierick M. An open-label evaluation of the long-term safety of oral venlafaxine in depressed elderly patients. *Ann Clin Psychiatry* 1996;8(3):169-78.
- Flint AJ. Choosing appropriate antidepressant therapy in the elderly. A risk-benefit assessment of available agents. *Drugs Aging* 1998;13(4):269-80.
- Greenwald BS, Kramer-ginsberg E, Krishnan KRR, et al. MRI signal hyperintensities and geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996;153:1212-5.
- Halikas J A. Org 3770 (Mirtazapine) versus trazodone: A placebo controlled trial in depressed elderly patients. *Human Psychopharmacology* 1995;10:s125-s133.
- Hoyberg OJ, Maragakis B, Mullin J, et al. A double-blind multicentre comparison of mirtazapine and amitriptyline in elderly depressed patients. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93(3):184-90.
- Katona C, Berkoff E, Chiu E, et al. Reboxetine versus imipramine in the treatment of elderly patients with depressive disorders: a double blind randomised trial. *J Affect Disord* 1999;55:203-13.
- Mahapatra S, Hackett D. A randomised, double-blind, parallel-group comparison of venlafaxine and dothiepin in geriatric patients with major depression. *Int J Clin Pract* 1997;51(4):209-13.
- Raji MA, Brady SR. Mirtazapine for treatment of depression and comorbidities in Alzheimer disease. *Ann Pharmacother* 2001;(35):1024-7.

- Reichman W, Coleman J, Aupperle P, Hyer L, Sohnle S. Mirtazapine for the treatment of dementia-associated behavioral problems. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(2 Suppl 1):89-90.
- Roose SP, Glassman AH. Antidepressant choice in the patient with cardiac disease: lessons from the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) studies. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl A:83-7.
- Roose SP, Glassman AH, Altia E, Woodring S. Comparative efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclics in the treatment of melancholia. *Am J Psychiatry* 1994;151(12):1735-9.
- Stoudemire A. Expanding psychopharmacologic treatment options for the depressed medical patient. *Psychosomatics* 1995;36(2):S19-S26.

EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO

Inés Francés Román

Servicio de Geriátría.
Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui
Alsasua. Navarra

La ansiedad es una emoción normal, con valor adaptativo, ya que actúa como un sistema de advertencia, alertando al individuo de acontecimientos adversos o riesgos inminentes. Sin embargo, este sistema de advertencia puede estar mal adaptado cuando es injustificadamente excesivo y, por consiguiente, mórbido. Esta ansiedad mórbida se manifiesta bajo la forma de multitud de síntomas: cognitivos (temor, miedo, preocupación, inseguridad, angustia), de comportamiento (hiperactividad, inquietud, evitación) y fisiológicos (palpitaciones, hiperventilación). En la clínica habitual, la ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o como trastornos bien definidos como entidades diagnósticas que comprenden varias combinaciones de signos y síntomas de ansiedad mórbida, con criterios específicos de intensidad y duración, según se describe en las diferentes clasificaciones internacionales (DSM-IV, CIE-10). Aunque en los ancianos los trastornos de ansiedad son una de las afecciones psiquiátricas más frecuentes, siguen estando entre las menos estudiadas.

EPIDEMIOLOGÍA

Algunos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que la prevalencia de los trastornos de ansiedad es menor en el anciano que en el adulto. El estudio ECA (*National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area*) realizado en cinco universidades de EE.UU. para valorar la incidencia y prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en una población de unos 20.000 habitantes residentes en las áreas correspondientes a dichas universidades y que incluyó pacientes institucionalizados, arrojó una prevalencia de trastornos de ansiedad en mayores de 65 años del 5,5%. En dicho estudio se utilizó una entrevista estructurada para la detección de casos, la DIS (*Diagnostic Interview Schedule*), que sigue los criterios del DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición). El diagnóstico más frecuente fue el de fobia (4,8%). En pocos casos los trastornos de ansiedad comenzaron después de los 65 años y, en general, las mujeres los padecían más que los varones.

En la revisión de Flint y cols. (1994) basada en ocho trabajos comunitarios con elección aleatoria de las muestras, y que incluía el estudio de los trastornos de ansiedad en personas mayores de 60 años, la prevalencia general osciló entre el 0,7 y el 18,6%, cifras muy discrepantes posiblemente por razones metodológicas de los estudios. La mayoría de los mismos mostró una menor frecuencia de trastornos de ansiedad en los ancianos que en los adultos más jóvenes. Las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada eran los trastornos más frecuentes en edades avanzadas, mientras que la prevalencia de trastornos de pánico era baja (y menos frecuente su debut en la tercera edad).

La revisión realizada por Krasucky y cols. (1998) parece constatar una menor prevalencia con la edad de los trastornos fóbicos, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de pánico, mientras que el trastorno de ansiedad generalizada se mantendría o se incrementaría cuando no se utilizan criterios jerárquicos únicamente.

Sin embargo, Beekman y cols. (1998) han encontrado tasas más altas que las referidas en estudios previos. En una muestra de 3.107 mayores de 65 años, estratificada por edad y sexo, incluidos en el estudio de Amsterdam, la prevalencia total de trastornos de ansiedad fue del 10,2%. El trastorno más frecuente fue el de ansiedad generalizada (7,3%), seguido de los trastornos fóbicos (3,1%) y con cifras mucho más bajas para el trastorno de angustia (1%) o el trastorno obsesivo-compulsivo (0,6%). La edad como variable no influía en las tasas de prevalencia (tabla 1). En nuestro entorno, el estudio desarrollado por Lobo y Saz que compara la presentación psicopatológica de los trastornos neuróticos entre las ciudades de Zaragoza y Liverpool ofrece cifras de prevalencia del 0,7% para los trastornos obsesivos, del 1,8% para la hipocondría, la de fobias era del 0,1% y la de ansiedad en general era del 2,4%.

TABLA 1. Prevalencia a 6 meses de los trastornos de ansiedad por grupos de edad.

Grupos de edad Tamaño muestral (N)	55-64 964	65-74 954	75-85 1.138	Total 3.056
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,1%	1,6%	0,4%	0,6%
Trastorno de ansiedad generalizada	4%	11,5%	6,9%	7,3%
Trastorno de pánico	0,8%	1,7%	0,5%	1%
Trastornos fóbicos	2,9%	2,9%	3,5%	3,1%
Cualquier trastorno de ansiedad	6,9%	13,9%	10,4%	10,2%

Fuente: Beekman, A. y cols. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1998;13:717-26.

El estudio de Beekman identifica algunos factores de riesgo asociados a los trastornos de ansiedad en el anciano. En general, los factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, ser soltero o separado, historia familiar de trastorno de ansiedad, *locus* de control externo, soledad y la exposición a sucesos trágicos en guerras) parecen predisponer al padecimiento de trastornos de ansiedad. Otros factores relacionados con el estrés (acontecimientos vitales, enfermedad crónica, limitación funcional y sensación subjetiva de salud baja) también desempeñan un papel importante. El trastorno obsesivo-compulsivo es el único en el que parecen primar los factores biológicos, como la historia familiar, en la presentación de la enfermedad, aunque en este estudio también la soledad aparece como un factor de riesgo. Muchos de estos factores son difícilmente modificables, unos porque tienen su origen en estadios tempranos de la vida y otros porque constituyen situaciones comunes en edades avanzadas. Sin embargo, pueden ayudar a identificar a los ancianos con alto riesgo de padecer trastornos de ansiedad y de esta forma ayudar en el diagnóstico.

SÍNDROME ANSIOSO EN EL ANCIANO

Los trastornos de ansiedad en el anciano pueden manifestarse de forma atípica u oligosintomática, como ocurre con muchas enfermedades en esta población, e incluso la ansiedad como síndrome puede perder parte de sus componentes clínicos, predominando en su presentación los síntomas somáticos.

Los síntomas cognitivo-emocionales característicos de los trastornos de ansiedad (temor, miedo, preocupación, inseguridad, angustia) habitualmente se manifiestan en el anciano de forma más imprecisa. El anciano, con frecuencia, no sabe describir el estado emocional que le invade, haciendo referencia a una situación indefinida de malestar general que no responde a una amenaza concreta o a una sensación de miedo o temor reconocido.

Los síntomas conductuales o de comportamiento suelen ser más evidentes. La hiperactividad o la inquietud son componentes frecuentes de la ansiedad en el anciano. A veces, la describen como una situación de inquietud interna, otras lo manifiestan en forma de hiperactividad motora (vagabundeo, movimientos repetitivos de las manos, imposibilidad de mantener una acción o estado durante mucho tiempo) y en ocasiones con gemidos constantes. En personas con dependencia funcional y/o deterioro cognitivo puede manifestarse la ansiedad en forma de gritos o demandas frecuentes.

Por último, los síntomas físicos o somáticos son los que con más frecuencia refiere el anciano con ansiedad. Los síntomas de hiperactividad autonómica, como palpitaciones, sudoración, hiperventilación, se pueden presentar durante las crisis de angustia. Pero, habitualmente, el síntoma guía que nos orienta al diagnóstico son las somatizaciones, a veces, el único síntoma de disconfort que identifica el anciano: sensación de opresión precordial, de nudo en el estómago o en la garganta, dificultad para respirar, cefalea, dolor en columna cervical, vértigos, náuseas o polaquiuria. Dado que las personas mayores padecen más enfermedades médicas que las jóvenes, su énfasis en los síntomas somáticos puede originar problemas para el diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad.

Especial mención requiere el síndrome de ansiedad cuando acompaña a dos trastornos psiquiátricos de elevada prevalencia en el anciano: la demencia y muy especialmente la depresión.

Síndrome de ansiedad y demencia

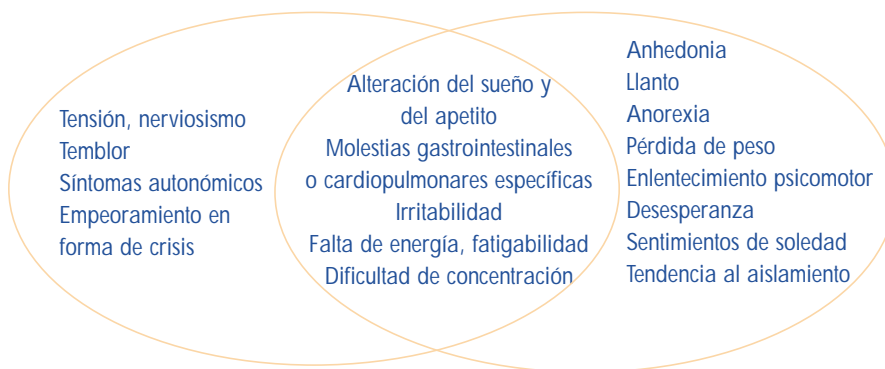
El deterioro cognitivo típico de grados incipientes y moderados de demencia implica un control menos fino de las reacciones psicológicas. La incapacidad de refrenar o modular las respuestas ansiosas ante cualquier tipo de estresor, sea éste físico o psicológico, hace que se desencadenen situaciones de ansiedad que pueden llegar a ser sumamente graves. Por este motivo, el deterioro cognitivo favorece la presencia de sintomatología ansiosa clásica. En un estudio realizado por Wands y cols. (1990), el 35% de los pacientes con demencia mostraban síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaban con la gravedad de la demencia. La observación clínica habitual muestra que la presencia de ansiedad, con sus cualidades más específicas, es característica de estadios precoces, en relación con la percepción subjetiva de los déficit y el consecuente deseo de sobreponerse a ellos, y también de estadios medios, manifestada como una dificultad de modulación de la respuesta ante circunstancias adversas, a veces mínimas. En los estadios avanzados, debería hablarse más de problemas conductuales que de ansiedad propiamente dicha.

Síndrome ansioso y depresión

La depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, con quien comparte además numerosos síntomas. Alrededor del 50% de los

pacientes con diagnóstico primario de ansiedad generalizada presentan síntomas depresivos y hasta el 80% de pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad. Es importante intentar diferenciar ambos trastornos y hacer un diagnóstico lo más ajustado posible, pues tanto el pronóstico como el abordaje terapéutico van a ser diferentes. En la **figura 1**, se muestran los síntomas comunes y diferenciales de ambos trastornos y en la **tabla 2**, las diferencias fundamentales entre la depresión con ansiedad comórbida y los trastornos de ansiedad más puros. Desde el punto de vista formal, los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión pueden recibir un diagnóstico doble si reúnen suficiente intensidad como para cumplir los criterios diagnósticos de uno de los trastornos específicos de cada una de estas categorías, o bien, si la intensidad es menor, adscribirse a la categoría CIE-10 de trastorno mixto de ansiedad y depresión, categoría no contemplada en el DSM-IV. La depresión puede ser secundaria al trastorno de ansiedad específico, como ocurre en los trastornos por angustia que se prolongan mucho tiempo, o puede tratarse simplemente de la sintomatología ansiosa que forma parte intrínseca de un cuadro depresivo específico.

FIGURA 1.
Síntomas comunes y diferenciales de la ansiedad y la depresión.



Fuente: Agüera L, Cervilla J. Trastornos de ansiedad. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Ed. Masson, S.A., 2002; p. 469-98.

TABLA 2. Diferencias entre ansiedad y depresión con ansiedad comórbida.

	Depresión con ansiedad	Ansiedad sola
<ul style="list-style-type: none"> ● Inicio de los síntomas de ansiedad. ● Empeoramiento de los síntomas. ● Patrón de sueño. ● Sentimientos. ● Ansiedad. ● Riesgo de suicidio. ● Gravedad de los síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tardíamente en la vida. ● Por la mañana. ● Despertar temprano. ● Desesperanza. ● Acerca del pasado. ● Alto. ● Importante. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Precozmente en la vida. ● Por la tarde. ● Problemas de conciliación. ● Indefensión. ● Acerca del futuro. ● Bajo. ● Habitualmente no incapacitantes.

Fuente: Agüera L, Cervilla J. Trastornos de ansiedad. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Ed. Masson, S.A., 2002; p. 469-98.

FORMAS CLÍNICAS

El manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM IV) establece las siguientes categorías entre los trastornos de ansiedad (**tabla 3**):

TABLA 3. Trastornos de ansiedad (DSM IV).

<ul style="list-style-type: none"> ● Trastornos de angustia con y sin agorafobia. ● Agorafobia sin trastornos de angustia. ● Fobia específica. ● Fobia social. ● Trastornos obsesivo-compulsivos. ● Trastorno de ansiedad generalizada. ● Trastornos por estrés postraumático. ● Trastornos por estrés agudo. ● Trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica. ● Trastornos de ansiedad inducidos por sustancias. ● Trastornos de ansiedad no especificados.

Trastorno de angustia o pánico

El trastorno de angustia se manifiesta por episodios recurrentes de ansiedad o miedo intensos (crisis de angustia) que se acompañan de múltiples síntomas somáticos y cognitivos. Durante una crisis de angustia se pueden experimentar palpitaciones, disnea, dolor o malestar torácico, sudoración, sofocos, parestesias, miedo a morir o a perder el control... En los ancianos, la dificultad respiratoria, la sensación de mareo y el temor a caer son especialmente frecuentes. En el caso de que haya alguna enfermedad preexistente, pueden añadirse síntomas exacerbados de esa enfermedad. Las crisis de angustia pueden producirse de forma inesperada o estar relacionadas con situaciones específicas.

Muchos pacientes con crisis recurrentes de angustia desarrollan miedo a estar en lugares desde donde puede ser difícil salir en caso de sufrir una crisis de angustia incapacitante. Este miedo al pánico puede conducir a respuestas de evitación (agorafobia), que son especialmente frecuentes en los ancianos. Se manifiestan sobre todo por la negación a salir de casa bajo la excusa del riesgo a caer o a ser asaltado o robado.

El trastorno de angustia tiene un curso típicamente crónico, con recurrencias y remisiones frecuentes. Algunos estudios sugieren que muchos pacientes ancianos con crisis de angustia de comienzo precoz en su vida parecen continuar con la sintomatología posteriormente, recibiendo un tratamiento inadecuado o ningún tratamiento a lo largo de los años. No es raro que el trastorno haya pasado desapercibido y sin tratamiento a lo largo de toda la vida del paciente. También puede ocurrir que las crisis de angustia aparezcan por primera vez en edades avanzadas, lo que representa el 5-6% de los casos en algunas muestras clínicas.

El trastorno de angustia de inicio tardío se suele caracterizar por una menor frecuencia de síntomas durante las crisis, menor evitación y menor puntuación en las escalas de somatización respecto a otros ancianos con trastorno de pánico de comienzo precoz. Existe una mayor comorbilidad con enfermedades físicas, especialmente cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, vértigo, Parkinson y enfermedades digestivas en los pacientes de inicio tardío. Y a largo plazo, parece que el trastorno de pánico se asocia con mayor mortalidad de origen cardiovascular en los pacientes varones, aunque no en las mujeres.

Al igual que en el trastorno de aparición precoz, existe un riesgo acrecentado de padecer trastornos depresivos secundariamente.

Fobias

La fobia es un temor persistente e irracional hacia un objeto, actividad o situación, que conlleva la evitación del mismo. Las temáticas fóbicas en el anciano no difieren en general de las del adulto, e incluyen salir de casa, quedarse solo en el domicilio, tomar transportes públicos, espacios cerrados, ascensores, animales e insectos y someterse a procedimientos médicos o quirúrgicos, incluido acudir al médico, entre otros.

La agorafobia no está necesariamente ligada a la presencia de crisis de pánico, que por otra parte no son muy frecuentes en los ancianos. Es más, Lindesay (1991) encontró que la mayoría de los problemas agorafóbicos de los ancianos habían tenido un inicio tardío y estaban ligados a la aparición de enfermedades físicas o acontecimientos como caídas o resbalones. Las situaciones más temidas son el transporte público (60%), multitudes (42%), lugares cerrados (35%), caminar solo (35%) y alejarse de casa (30%). Estas dificultades agorafóbicas causan una importante limitación psicosocial.

Sin embargo, las fobias simples o específicas suelen tener un origen en la infancia o juventud y causan pocas limitaciones psicosociales. Las fobias específicas de comienzo precoz fácilmente pueden continuar inalteradas en la edad avanzada. Las de aparición tardía suelen estar ligadas a temores y acontecimientos vitales estresantes típicos de la edad avanzada. La fobia social se diagnostica en presencia de un miedo persistente a una o más situaciones sociales. Hay datos epidemiológicos que sugieren que este trastorno es crónico y persiste en la ancianidad. A consecuencia del estado dental y de otras enfermedades o síntomas como el temblor, comer o escribir en público puede ser más molesto para los ancianos que hablar en público. Las fobias, y las maniobras de evitación que llevan a la restricción de la actividad pueden pasar fácilmente desapercibidos debido a la naturalidad con que se acepta la restricción de movimientos en los ancianos y lo sencillo que resulta la ocultación bajo el disfraz de quejas físicas como mareos, inestabilidad de la marcha o temor a caer.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Se caracteriza por obsesiones o compulsiones recurrentes, suficientemente graves como para causar malestar clínico significativo o interferir marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales o su vida

social. Las obsesiones son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que se experimentan de forma intrusiva e inapropiada y producen marcada ansiedad o malestar. Las obsesiones no son simples preocupaciones sobre problemas de la vida real; ejemplos frecuentes son los pensamientos repetitivos de violencia hacia una persona a quien se quiere, de contaminación por gérmenes o suciedad y dudas sobre la posibilidad de lesionar u ofender a alguien. Las compulsiones son comportamientos de tipo ritual (lavarse las manos, ordenar, comprobar) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras en silencio) que se realizan en respuesta a una obsesión o siguiendo ciertas reglas rígidas. Generalmente, el comportamiento compulsivo o acto mental está diseñado para prevenir algún malestar o alguna situación a la que se teme y con frecuencia es identificado por el individuo como excesivo o poco realista. Los intentos para resistirse a la compulsión producen tensión que se alivia cediendo a ella.

La enfermedad suele aparecer antes de los 50 años y cursa de manera crónica hasta el final de la vida. La presentación por primera vez en la edad avanzada es rara. El cuadro clínico es similar al del adulto. La ideación obsesiva relacionada con imágenes o pensamientos de tipo religioso es especialmente frecuente en los ancianos. En los casos frecuentes de evolución a lo largo de muchos años, los pacientes pueden llegar a cierto grado de tolerancia y relativización de los síntomas que, aunque siguen apareciendo con la misma característica de inevitabilidad que al principio, pueden ser percibidos y manejados con un menor grado de sufrimiento. La evolución suele seguir un patrón de mejorías y exacerbaciones pero, aunque es posible la aparición de períodos libres de enfermedad, lo corriente es que rara vez los pacientes se vean totalmente libres del trastorno.

Trastorno de ansiedad generalizada

Se manifiesta por temores excesivos, expectativas aprensivas de acontecimientos adversos, ansiedad anticipatoria, tensión emocional e hipervigilancia, que ocurre la mayoría de los días, durante 6 meses o más. La ansiedad está omnipresente, afectando a muchas circunstancias de la vida, y la persona encuentra difícil controlar la preocupación y centrar su atención en las tareas que está realizando. La ansiedad se asocia con, al menos, seis de los siguientes síntomas:

1. **Tensión motora:** temblor, tensión muscular, desasosiego, fatiga.

2. **Hiperactividad autonómica:** disnea, incremento de la frecuencia cardíaca, manos sudorosas o húmedas y frías, sequedad de boca, mareos, alteraciones digestivas, sofocos o tiritonas, micciones frecuentes y dificultades para deglutir o sensación de nudo en la garganta.
3. **Hipervigilancia:** sentimiento de estar al límite, expectación aprensiva, dificultad de concentración, insomnio, irritabilidad.

Es más frecuente que el trastorno de ansiedad generalizada debute en etapas previas de la vida del paciente. Determinadas circunstancias ligadas al envejecimiento de manera directa o indirecta, serían responsables de hacer reaparecer el trastorno o exacerbarlo. La aparición tardía obliga a estudiar posibles causas desencadenantes, tanto físicas como emocionales o situacionales. En este sentido, es necesario tener en cuenta la subjetividad del paciente, es decir, cómo vive estas circunstancias desencadenantes. Una enfermedad médica que el clínico puede considerar como menor o controlada puede suponer una seria amenaza para un paciente que ha gozado hasta entonces de buena salud. La pérdida de independencia personal o bien la percepción de falta de apoyo familiar son circunstancias que han de ser juzgadas desde la subjetividad del paciente.

Trastorno de estrés postraumático

El criterio central de este trastorno es el desarrollo de síntomas característicos cuando una persona ha experimentado, presenciado o se ha enfrentado a un acontecimiento que implica la muerte o amenaza de muerte o de lesiones graves o una amenaza a la integridad física de sí misma o de otros. La respuesta de la persona a la circunstancia estresante debe implicar un temor, desesperanza u horror intensos. Los síntomas experimentados generalmente son una combinación de tres categorías:

1. Volver a experimentar el acontecimiento traumático (en forma de imágenes).
2. Evitar los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general (síntomas de tipo depresivo).
3. Síntomas de hipervigilancia (síntomas de tipo ansioso).

Los síntomas generalmente comienzan poco después del trauma, pero pueden durar meses o años. El trastorno puede ser agudo o crónico, según su duración sea inferior o superior a 3 meses.

El trastorno de estrés postraumático relacionado con un acontecimiento vivido en la edad adulta puede cronificarse y alcanzar la edad avanzada, como lo demuestran los ancianos sobrevivientes del holocausto nazi o los prisioneros de guerra. Pero también puede desarrollarse a raíz de un acontecimiento vivido ya en la edad avanzada. Existen muy pocos datos de estos problemas a esta edad. La información recogida de los ancianos supervivientes del terremoto de Armenia de 1988 (Goenjian, 1994) apunta a que la intensidad sintomática sería similar en los adultos y en los ancianos, aunque estos últimos sufrirían menos reexperimentación del trauma y más hiperactivación comparados con personas más jóvenes.

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Según los criterios DSM-IV, para determinar que los síntomas de ansiedad son secundarios a una enfermedad médica, se debe establecer la presencia de dicha enfermedad y el mecanismo patológico por el cual puede considerarse responsable de los síntomas. No hay procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático y se requiere un elevado grado de sospecha. Para el diagnóstico resulta útil tener en consideración la asociación temporal entre el inicio, exacerbación o remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad, la presencia de rasgos atípicos del trastorno de ansiedad, historia de episodios previos, cambios situacionales recientes, una exploración física dirigida a detectar patología médica concreta y exploraciones complementarias seleccionadas según la sospecha clínica. En geriatría es importante tener en cuenta que la ansiedad puede ser la primera manifestación clínica de un trastorno orgánico subyacente, manifestándose únicamente como síntoma. En otras ocasiones, configurará un trastorno de ansiedad específico ligado a una enfermedad médica.

En la **tabla 4** figuran las enfermedades médicas y las sustancias habitualmente relacionadas con la aparición de ansiedad en el anciano. Es importante tener en cuenta que si bien la ansiedad inducida por fármacos se relaciona generalmente con la intoxicación o la abstinencia, en el anciano, dosis terapéuticas de determinados fármacos pueden producir efectos secundarios de muy diversa índole, incluidos los trastornos de ansiedad. También destacar que el consumo de alcohol en cantidades moderadas, tan habitual en nuestro medio y socialmente aceptado también entre la población mayor,

puede ser una causa de ansiedad en el anciano, y, por tanto, será necesario explorar dicho antecedente.

TABLA 4. Enfermedades médicas y sustancias relacionadas con la presentación de ansiedad en el anciano.

<p>Enfermedades cardiovasculares Cardiopatía isquémica (ángor o infarto) Arritmias Hipotensión ortostática Insuficiencia cardíaca congestiva</p> <p>Enfermedades pulmonares Tromboembolismo pulmonar Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Neumonía Neumotórax Carcinoma bronquial Hipoxia</p> <p>Enfermedades neurológicas Epilepsia del lóbulo temporal Traumatismo craneoencefálico Accidente cerebrovascular agudo Hemorragia subaracnoidea Enfermedad de Parkinson <i>Delirium</i> Demencia</p> <p>Enfermedades endocrinas Hipertiroidismo Hiperparatiroidismo Síndrome de Cushing Síndrome carcinoide Diabetes mellitus</p> <p>Alteraciones metabólicas Acidosis láctica Hiper e hipopotasemia Hiponatremia Hipo e hipercalcemias</p>	<p>Otras Déficit de ácido fólico y vitamina B₁₂ Anemia Enfermedad péptica Artritis reumatoide Lupus eritematoso sistémico Poliarteritis nodosa</p> <p>Sustancias inductoras de ansiedad Café Alcohol</p> <p>Fármacos relacionados con la ansiedad (por su administración o abstinencia) Digoxina Antagonistas del calcio Broncodilatadores Fármacos psicoactivos Agentes dopaminérgicos Anticomociales Tiroxina Insulina Aspirina Antihistamínicos Efedrina y pseudoefedrina Corticoides Fármacos con efectos anticolinérgicos Inhibidores de la recaptación de serotonina</p>
--	--

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros JA. Trastornos de ansiedad. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Ed. Masson, S.A., 2002; p. 469-98.
- Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Smit JH. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:717-26.
- Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *A J Psychiatry* 1994;151:640-49.
- Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med* 2003;19 (4):663-96.
- Jiménez Rojas C. Cuadros de ansiedad secundarios a patología orgánica. En: Serrano Garijo, P. *Trastornos de ansiedad en el anciano*. Madrid: Ed. Sociedad Madrileña de Geriatria y Gerontología, 1998; p. 81-9.
- Krasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:79-99.
- Lauderdale SA, Sheik JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med*, 2003;19 (4):721-41.
- Saz P, Copeland JRM, De la Cámara C, Lobo A, Dewey ME. Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91(1):18-22.
- Seguí Montesinos J, Salvador-Carulla L. Trastorno por angustia. *Medicina Clínica* 2003; 4 (nº monográfico 1):22-5.
- Sheikh JI. Trastornos de ansiedad. En: *Geriatric Psychiatry self-assessment program*. Barcelona: Ed. Medical Trends S.L., 2002; p. 35-46.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Manuel Sánchez Pérez

Servicio de Psiquiatría
Hospital Sagrado Corazón. Martorell. Barcelona

ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica en ancianos con patología ansiosa debe tener en cuenta que esta sintomatología supone una experiencia esencialmente subjetiva de malestar que en el anciano se manifiesta de forma diferente de la que encontramos en el adulto más joven. En éste, la ansiedad se percibe como incomodidad, preocupación, miedo y aprensión general mientras que en el anciano, en cambio, resultan más frecuentes los sentimientos subjetivos de agitación, miedo o sensación de muerte inminente. Aun así, en la entrevista clínica será más frecuente encontrar signos y síntomas somáticos de ansiedad que verbalizaciones de experiencia subjetiva de ésta, como sudoración, tensión muscular, inquietud, taquicardia, deambulación constante, dificultades de concentración, mareos, fatiga, parestesias, alteraciones digestivas, sequedad de boca, palpitaciones, temblor, rubefacción facial, molestias y dolores corporales.

En la evaluación de los trastornos de ansiedad, además de las peculiaridades clínicas de su expresión en el anciano, es preciso tener en cuenta la elevada comorbilidad con otros trastornos psíquicos, particularmente la depresión, además de diferentes trastornos somáticos y los efectos de los fármacos con los que reciben tratamiento.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DE LA ANSIEDAD

Existen numerosos instrumentos en forma de escalas, cuestionarios e inventarios para la evaluación de la ansiedad y de los distintos trastornos específicos encuadrados bajo el epígrafe de los trastornos por ansiedad. Como sucede en otros apartados de la psicopatología, estos instrumentos han sido desarrollados sobre población adulta y en la mayor parte de los casos no resultan adecuados para su aplicación en población de edad avanzada. Algunos de estos instrumentos se relacionan en la **tabla 1**.

TABLA 1. Instrumentos para la valoración de la ansiedad y trastornos relacionados.

Instrumento	Autor	Año	Evalúa
HARS Escala de Hamilton para la Ansiedad	Hamilton M.	1959	Intensidad de la ansiedad
BSA Escala breve de ansiedad	Tyrer P	1984	Intensidad de la ansiedad
CAS Escala de Ansiedad Clínica	Snaith RP.	1982	Gravedad de síntomas
STAI Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo	Spielberger CD	1970	Ansiedad estado y rasgo
PAS Escala de pánico y Agorafobia	Bandelow B	1995	Trastorno de pánico
LSAS Escala de Ansiedad Social	Leibowitz MR	1987	Gravedad Ansiedad Social
BSPS Escala Breve de Fobia Social	Davidson JRT	1997	Fobia Social
Y-BOCS Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown	Goodman WK	1989	Gravedad de síntomas del T. Obsesivo-Compulsivo
Escala de Trauma	Davidson JRT	1997	T. por estrés postraumático
ASQ-15 Cuestionario Screening de Ansiedad	Wittchen HU	1998	T. Ansiedad Generalizada

Adaptada de Bobes J, et al. 2004.

Los instrumentos de valoración de la ansiedad en ancianos poseen una historia más breve que los desarrollados para la depresión. En la práctica, la principal dificultad que presentan es la elevada presencia de síntomas físicos que habitualmente se dan en los trastornos de ansiedad y que, en el anciano suponen un factor importante de solapamiento con patología somática de frecuente presentación en la edad avanzada. La comorbilidad con los síntomas depresivos también supone una dificultad añadida. Además, en comparación con el paciente adulto, la sensibilidad al cambio para valorar eficacia de intervención terapéutica demostrada por estos instrumentos es menor en el anciano.

Una aproximación a esta situación consiste en una breve medida elaborada específicamente para su uso con pacientes físicamente enfermos como es la escala de ansiedad de la HADS (*Hospital Anxiety and Depresión Scale*). Aun así, las propiedades psicométricas de los siete ítems que valoran la ansiedad han recibido mucha menor atención que los que evalúan síntomas depresivos. Como decimos, pocos instrumentos han sido desarrollados para la evaluación específica de la ansiedad en ancianos y se carece de validaciones en castellano de los mismos. Uno de ellos, en lengua francesa, es el MASA (*Mesure de l'anxiété du sujet âgé*). El cuestionario FEAR se ha desarrollado como instrumento de *screening* rápido para la ansiedad generalizada en ancianos. El RAID (*Rating Anxiety in Dementia*) es una escala dirigida al informador para valorar la presencia de síntomas de ansiedad en pacientes con demencia.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Formalmente, los criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad no difieren en el anciano de los que se utilizan en el adulto en base a los sistemas internacionales de clasificación de trastornos mentales (CIE-10, DSM IV). Esta circunstancia, como sucede en otras entidades psicopatológicas, parece forzar la evidencia de que, para algunos trastornos, los criterios diagnósticos establecidos no se ajustarían adecuadamente a la expresión clínica observada en la edad avanzada. Además, en el caso de los trastornos por ansiedad se da la circunstancia de que su categorización diagnóstica ha experimentado una notable expansión que va desde los tres trastornos definidos en el DSM II (1968) hasta las 12 categorías formales de trastornos de ansiedad descritas en el DSM IV (1994). Este proceso sigue en expansión con la creación de tres nuevas categorías (trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias) y el planteamiento de la inclusión en el futuro de una decimotercera categoría, el trastorno mixto ansioso-depresivo (ya contemplado en la CIE-10).

Esta expansión de las clasificaciones y criterios diagnósticos para los diferentes trastornos de ansiedad ha llegado a poner en duda su validez discriminatoria, poniendo en cuestión si los actuales sistemas de clasificación no estarían, en realidad, diferenciando signos y síntomas que vendrían a representar variaciones de entidades mayores. Algunos autores (Tyrer 1989) han expresado su preocupación por lo que esta circunstancia puede afectar al estudio de la etiología, evolución y respuesta al tratamiento de estos trastornos, así como a su prevención.

Junto a las dudas acerca de la fiabilidad discriminatoria entre los diferentes criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad, se suma la elevada tasa de asociación entre ansiedad y trastornos del estado de ánimo así como un frecuente solapamiento de los síntomas.

En la **tabla 2** se muestra un resumen de los principales criterios diagnósticos DSM-IV para los diferentes trastornos de ansiedad.

TABLA 2. Características principales de los trastornos de ansiedad más importantes clasificados en el DSM-IV.

<p>Trastorno de angustia Crisis de angustia inesperadas y recidivantes. Preocupación o inquietud persistentes acerca de nuevas crisis o de sus consecuencias.</p>
<p>Trastorno de angustia con agorafobia Cumple los criterios del trastorno de angustia. Agorafobia: miedo/evitación de situaciones en las que pueden sobrevenir crisis de angustia.</p>
<p>Fobia social Miedo/evitación acusados de situaciones sociales por la posibilidad de sentirse humillado o avergonzado.</p>
<p>Fobia específica Miedo/evitación de objetos o situaciones circunscritas, por ejemplo, alturas, lugares cerrados, visión de sangre, etc.</p>
<p>Trastorno de ansiedad generalizada Preocupación crónica excesiva e incontrolable por una de acontecimientos o actividades, por ejemplo, rendimiento laboral, situación económica, etc.</p>
<p>Trastorno obsesivo-compulsivo Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que se experimentan como intrusos, por ejemplo, dudas excesivas, pensamientos de contaminación. Comportamientos o actos mentales repetidos con la intención de reducir el malestar o "neutralizar" la obsesión.</p>
<p>Trastorno de estrés postraumático Repetición persistente de la vivencia (por ejemplo, pesadillas, imágenes retrospectivas), malestar y evitación de estímulos asociados con la exposición previa al estrés extremo (por ejemplo, violación, combate).</p>

Modificada de Brown TA, 2004-05-04.

En la clínica del anciano, uno de los aspectos que contribuye a diferenciar el perfil clínico de los denominados *trastornos neuróticos*, entre los que se incluyen los trastornos de ansiedad, con respecto al adulto más joven, es la alta prevalencia de enfermedades o síntomas físicos. Esta comorbilidad puede llegar a influir notablemente en la expresión clínica de los diferentes trastornos, aumentando así el solapamiento de síntomas, no solamente entre las diferentes entidades psiquiátricas descritas sino entre éstas y la patología somática concomitante o los efectos de los fármacos utilizados para su tratamiento.

Esta circunstancia, pues, puede incidir notablemente en pacientes de edad avanzada a la hora de distorsionar o modificar la interpretación que de los criterios diagnósticos formalmente establecidos pueda hacerse para categorizar un síndrome determinado.

En la **tabla 3** se expone una relación de diferentes enfermedades somáticas con capacidad para generar *síntomas neuróticos*.

Por otro lado, algunos de los trastornos de ansiedad descritos apenas han sido estudiados en población anciana, como es el caso del trastorno por estrés postraumático. En este caso, los estudios conocidos se basan en supervivientes al Holocausto, veteranos de guerra o supervivientes de algunas comunidades que sufrieron desastres naturales. Alguna descripción más reciente estudió a un pequeño grupo de ancianos tras el desastre aéreo de Lockerbie (Livingston y cols., 1994) en el que el 21% de los ancianos seguía cumpliendo criterios diagnósticos para este trastorno 3 años después de la tragedia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el diagnóstico diferencial de los síntomas de ansiedad en el anciano deben tenerse en cuenta las siguientes condiciones:

Ansiedad transitoria

Se trata de una ansiedad de adaptación, en general pasajera, que el anciano experimenta ante situaciones vividas como estresantes pero que a ojos

TABLA 3. Causas físicas de síntomas neuróticos en el anciano.

Cardiovascular Infarto de miocardio Arritmias Hipotensión ortostática Prolapso de la válvula mitral	Neurológicas Accidente cerebrovascular Tumor cerebral Demencia <i>Delirium</i> Epilepsia Migraña Lupus eritematoso SNC Enfermedades desmielinizantes Trastorno vestibular Hemorragia subaracnoidea Infecciones del SNC
Respiratorio Neumonía Tromboembolismo pulmonar Enfisema Asma <i>Cor pulmonale</i> Hipoxia EPOC Carcinoma bronquial	Fármacos y otros Simpaticomiméticos Agonistas dopaminérgicos Corticosteroides Síndromes de privación Acatisia Intoxicación por digoxina Fluoxetina Cafeína Deficiencias vitamínicas Anemia
Endocrino-metabólicas Hipo e hipertiroidismo Hipo e hipercalcemia Enfermedad de Cushing Síndrome carcinoide Hipoglicemia Insulinoma Feocromocitoma Hiperkaliemia Hipokaliemia Hipotermia	

Modificada de Pitt, 1995.

del clínico pueden no parecer proporcionadas. Situaciones como el diagnóstico de una enfermedad (incluso no grave), un cambio de vivienda o cambio de habitación en un anciano institucionalizado, dificultades económicas, tensiones familiares, etc. Todas estas circunstancias pueden desencadenar ansiedad

situacional, en realidad muy parecida a la descrita en adultos más jóvenes, aunque, a diferencia de lo que sucede en éstos, la presencia de síntomas de ansiedad transitoria en el anciano suele tener menos repercusión en cuanto a la afectación de la actividad global.

Enfermedades somáticas

Muchas de las enfermedades físicas de curso crónico que pueden presentar los ancianos cursan con síntomas similares a las manifestaciones somáticas de la ansiedad; además, en las patologías orgánicas de base pueden faltar otros síntomas somáticos propios de ellas.

Por otro lado, como se ha mencionado en referencia a las características clínicas de la ansiedad en el anciano, es frecuente que en la edad avanzada la ansiedad se exprese con múltiples síntomas somáticos que recuerdan enfermedades físicas.

El diagnóstico de una enfermedad médica, además, puede inducir ansiedad por la expectativa o incertidumbre que despierta en una persona mayor.

Junto a lo anterior, no hay que olvidar que un gran número de fármacos habitualmente utilizados por los ancianos pueden generar síntomas similares a la ansiedad.

Como se ha comentado más arriba, esta condición puede afectar sustancialmente a la expresión psicopatológica de determinadas entidades del espectro de las neurosis, contribuyendo significativamente a delimitar aspectos particulares de su expresión clínica en el anciano.

En este sentido, algunos síntomas pueden alertar al clínico de la existencia de una causa médica en un anciano con síntomas de ansiedad (**tabla 4**).

TABLA 4. Sospecha de causa médica en un anciano con ansiedad.

- Síntomas de ansiedad en relación temporal con la incorporación de fármacos inductores de ansiedad o una enfermedad médica.
- Manifestaciones atípicas de ansiedad (por ejemplo, pérdidas de conocimiento o crisis de angustia de aparición tardía)
- Resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos convencionales a las dosis adecuadas.

Modificada de Vita, 1997.

Trastornos cognoscitivos

Aunque parece guardar mayor relación con la presencia de depresión, la ansiedad está presente con más frecuencia entre los pacientes con demencia que entre los controles. Aun así, todavía en mayor medida que con la depresión en pacientes demenciados, la individualización de los síntomas de ansiedad es compleja, especialmente en las fases iniciales de la demencia, cuando los síntomas de deterioro cognoscitivo son menos evidentes. Por otro lado, cuando se realiza una anamnesis cuidadosa ante la sospecha de un cuadro de demencia, no resulta infrecuente documentar la presencia de síntomas de ansiedad en el paciente incluso mucho tiempo antes de ponerse en evidencia los síntomas de afectación cognoscitiva. En las fases más evolucionadas de la demencia, son más frecuentes las alteraciones de conducta con altos componentes de ansiedad como, por ejemplo, las respuestas ansiosas con alto componente conductual ante las ausencias del cuidador habitual o, en ocasiones, la sola desaparición de éste de su campo visual que llevan a una persecución angustiosa del mismo por parte del paciente demenciado.

En el caso del *delirium*, se han descrito respuestas similares a la angustia ante la presencia de alucinaciones inducidas por el cuadro confusional agudo.

Depresión

Ansiedad y depresión son condiciones frecuentemente comórbidas en el adulto y también en el paciente anciano. Ambas comparten un número considerable de síntomas como las alteraciones del sueño y apetito, molestias gas-

trointestinales o cardiopulmonares inespecíficas, irritabilidad, falta de energía, fatigabilidad y dificultad de concentración.

Conviene que el clínico intente diferenciar en lo posible ambos cuadros pues, aunque relacionados, pueden implicar, entre otras cosas, estrategias terapéuticas diferentes ya que, excepto para el trastorno por angustia, los antidepresivos no son el tratamiento de elección para la ansiedad y, por otro lado, algunos antidepresivos de efecto más desinhibidor pueden empeorar notablemente la sintomatología ansiosa.

La depresión puede instaurarse de forma secundaria a un trastorno por angustia de larga evolución. La intensidad de los síntomas depresivos y de ansiedad puede permitir su individualización en dos síndromes paralelos que pueden ser diagnosticados simultáneamente en el mismo paciente aunque, cuando esta intensidad es menor, puede recurrirse a la categoría CIE-10 de trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Una observación clínica de importancia es la que, en referencia a los síndromes depresivos graves, implica un mayor riesgo de suicidio la aparición, persistencia o incremento notable de los síntomas de ansiedad en un momento de su evolución.

Abuso de sustancias

El abuso de sustancias, principalmente el alcohol y las benzodiacepinas, tiene una frecuencia a menudo infradetectada en el paciente anciano. Las múltiples situaciones en las que puede variar de forma brusca la disponibilidad de las sustancias por parte del anciano (ingreso hospitalario, incapacidad funcional para seguirlas obteniendo, problemas económicos, cambios de residencia, etc.) le exponen en mayor medida a experimentar condiciones de abstinencia potencialmente desencadenantes de cuadros de ansiedad, además del propio efecto de las sustancias, en ocasiones de forma paradójica.

Efectos de cohorte

La exploración clínica de los síntomas subjetivos del anciano ante la presencia de signos y síntomas somáticos de ansiedad en ausencia de enfer-

medad médica, debe poner sobre la pista del diagnóstico. Los pacientes que actualmente tienen una edad avanzada proceden de un período en el que la enfermedad mental estuvo altamente estigmatizada y las intervenciones de tipo psiquiátrico estaban asociadas prácticamente con la locura. En este sentido, la generación actual de ancianos podría tener mayores dificultades para desvelar síntomas emocionales o para atribuir a éstos el origen de sus manifestaciones somáticas de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Agüera L, Cervilla, JA. Trastornos de Ansiedad. En: *Psiquiatría Geriátrica*, Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla, JA, editores. Masson. 2002; p. 469-98.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Bobes J, G-Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª ed. Ars Médica, 2004.
- Kaminer DB, Seedat S, Potocnik F, Stein DJ. Trastornos de ansiedad en el anciano. En: Stein DJ, Hollander E, editors. *Tratado de los Trastornos de ansiedad*. Ars Médica, 2004; p. 513-26.
- Livingston HM, Livingston MG, Fell S. The Lockerbie disaster: a 3-year-follow-up of elderly victims. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9:989-94.
- Lindesay J. Neurotic Disorders. En: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the Elderly*. 3ª ed. Oxford University Press, 2002; p. 696-721.
- Pitt, B. Neurotic disorders and physical illness. En: Lindesay J, editor. *Neurotic Disorders in the Elderly*. Oxford University Press, 1995; p. 46-55.
- Tyrer P. *Classification of neurosis*. Chichester: Ed. Wiley, 1989.
- Vita A. Organic determinants of anxiety in the elderly. En: Gribomont B, editor. *Anxiety and Sleep Disorders in the Elderly*. London: Royal Society of Medicine Press, 1997; p. 13-20.
- Woods B, Charlesworth G. Psychological assessment and treatment. En: Jacoby R, Oppenheimer C, editors. *Psychiatry in the Elderly 3th ed.* Oxford University Press, 2002; p. 250.

TRATAMIENTO

Pedro Gil Gregorio

Servicio de Geriatría
Hospital Clínico San Carlos. Madrid

La primera etapa para conseguir un tratamiento adecuado es establecer un diagnóstico correcto. El objetivo del proceso diagnóstico es corregir o minimizar los efectos de las enfermedades médicas que puedan causar o predisponer a una situación de ansiedad. De forma similar, deberán ser excluidos los diversos fármacos que puedan interferir en la presentación de ansiedad. El punto final del proceso diagnóstico será conseguir la entidad específica que debe ser abordada. En este momento del proceso, las intervenciones prácticas pueden ser particularmente útiles. El uso de lentes, de audífonos, la intervención de las cataratas, la utilización de una dentadura adecuada, la administración de laxantes o tratamiento de la incontinencia urinaria pueden ser la primera etapa de la terapéutica.

El manejo adecuado y efectivo de la ansiedad en el anciano debe ser logrado utilizando tanto tratamientos farmacológicos como psicológicos, en ocasiones en monoterapia y otras de forma conjunta.

NORMAS GENERALES

Son varios los factores que deben tenerse en consideración en el manejo psicofarmacológico de la ansiedad en el anciano:

1. La existencia de un amplio número de cambios asociados al envejecimiento tanto a nivel farmacodinámico como farmacocinético. Los cambios en la farmacocinética relacionados con la edad suponen en sí mismos una situación de alto riesgo para la aparición de reacciones adversas. Los más importantes son:
 - a) Descenso en la absorción por disminución de la acidez gástrica, en la motilidad, en el flujo sanguíneo y en el área gastrointestinal.
 - b) Disminución de la capacidad de fijación a las proteínas.
 - c) Disminución en el volumen de distribución, sobre todo para los fármacos lipofílicos.

- d) Alteración en la función hepática consistente en disminución del metabolismo hepático, efecto de primer paso, demetilación e hidroxilación.
- e) Disminución de la excreción renal por alteración del flujo sanguíneo renal, de la filtración glomerular y de la capacidad de excreción tubular.

La consecuencia final de todos los cambios anteriormente expuestos es que muchos fármacos son absorbidos y metabolizados de forma menos eficiente y eliminados de forma más lenta que en jóvenes. En consecuencia, el período de riesgo para desarrollar efectos secundarios es más prolongado en ancianos. También se debe tener en consideración los cambios farmacodinámicos que ocurren en el sistema nervioso central de este grupo de población y la mayor presencia de efectos secundarios en los fármacos psicotrópos.

2. Presencia de comorbilidad y pluripatología, algunas de ellas sin diagnosticar. Los ancianos tienen con mucha frecuencia enfermedades médicas concomitantes que pueden exacerbar los posibles efectos secundarios de fármacos. La presencia de patología crónica a nivel renal, hepático o cardíaco puede retrasar el período de aclaramiento de muchos medicamentos y, en consecuencia, hace más probable el desarrollo de efectos secundarios.
3. Existencia de polifarmacia, teniendo presente la posibilidad de autoprescripción. No es sorprendente que, por término medio, los ancianos consuman entre 6-8 medicamentos/día. El riesgo de interacciones farmacológicas aumenta de forma exponencial con la edad. Algunos de los medicamentos utilizados con cierta frecuencia en las personas mayores poseen importantes efectos colinérgicos, con las consecuencias que esto origina en la administración de psicotrópos.

En el momento de tomar la decisión de establecer un tratamiento farmacológico para el control de la ansiedad debemos tener recogidos en la historia clínica algunos datos que pueden ser de gran ayuda como son la respuesta previa, la naturaleza de los síntomas que van a ser tratados, la medicación asociada y el perfil de los síntomas adversos. Para conocer la dosis óptima en un anciano, sin producir efectos secundarios, es aconsejable utilizar el viejo proverbio de comenzar bajo y seguir lento (*start low and go slow*). Otro método a tener presente es la fragmentación de los tratamientos como maniobra de utilidad para conseguir disminuir los efectos secundarios aunque esta actitud conlleva una mayor tendencia al incumplimiento terapéutico.

Durante los últimos años han sido utilizados en el tratamiento de la ansiedad un número importante de compuestos: benzodiazepinas (BZD), azapirona, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), neurolépticos, antagonistas de beta-receptores, barbitúricos, antihistamínicos y anticomiciales. Más recientemente se ha comenzado a utilizar antidepresivos como los inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de noradrenalina/serotonina (ISRSN), antidepresivos de acción dual y antagonistas 5-HT₂ como tratamiento de primera elección de la ansiedad y de la depresión asociada a ansiedad. Algunos de estos compuestos, como la venlafaxina (ISRSN) o la sertralina (ISRS), han sido específicamente estudiados en el tratamiento de la ansiedad en la población anciana. Aunque los datos procedentes de los estudios en ancianos no son muy numerosos, la experiencia clínica sugiere que los fármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad mantienen su eficacia en edades más avanzadas de la vida. Además, los nuevos antidepresivos presentan un perfil de tolerancia muy mejorado, incluso en los tratamientos a largo plazo (tabla 1).

TABLA 1. Fármacos utilizados en el tratamiento de la ansiedad.

	Dosis inicio (mg/día)	Dosis mantenimiento (mg/día)
Benzodiazepinas		
Alprazolam	0,25	0,25-2
Clordiazepóxido	5	20-40
Clonazepam	0,125	0,25-2
Diazepam	2	2-10
Lorazepam	0,5	0,5-4
Oxazepam	10	10-90
Antidepresivos		
Citalopram	10	10-40
Fluoxetina	10	10-40
Fluvoxamina	25	50-200
Mirtazapina	7,5	15-30
Nefazodona	50	200-600
Paroxetina	10	10-40
Sertralina	25	50-200
Venlafaxina	75	75-150
Otros		
Buspirona	5	15-60

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Muchos de los efectos de los fármacos antidepresivos se dan a través de su acción sobre la modulación serotoninérgica. Los ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram) afectan más específicamente a serotonina que a otros receptores.

Varios estudios han documentado la eficacia de ISRS en el tratamiento de la ansiedad en jóvenes. Específicamente, varios estudios han mostrado una sobrada eficacia en el tratamiento del pánico. En poblaciones ancianas existe evidencia de la eficacia, sobre todo de sertralina, en el acercamiento terapéutico al pánico en ese sector de población. Con relación al cuadro obsesivo-compulsivo, los ISRS del tipo fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina han mostrado su eficacia en población joven. En tratamientos a largo plazo de esta patología, la sertralina ha mostrado clara utilidad.

En las formas de ansiedad generalizada, todos los ISRS han mostrado, en varios estudios, su rentabilidad terapéutica. De forma similar se ha comportado este grupo terapéutico en el tratamiento del síndrome de estrés postraumático, donde existen estudios específicos con la utilización de paroxetina y fluoxetina.

Estos fármacos presentan efectos secundarios entre los que se incluyen: náuseas, dispepsia, sedación excesiva, somnolencia/insomnio, hipersudoración, cefaleas, vértigo y agitación.

Los ISRS inhiben la actividad de determinados sistemas enzimáticos del citocromo P-450 que intervienen en el metabolismo de distintas moléculas. Dependiendo del fármaco, pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de alcohol, carbamazepina, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y antipsicóticos. También pueden desplazar a la digoxina y a los anticoagulantes de su unión a proteínas, lo que conlleva un aumento del riesgo de efectos adversos. Debe elegirse el fármaco más adecuado del grupo en función de la comorbilidad y la utilización concomitante de otros fármacos.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (ISRSN)

Existen claras evidencias sobre la utilidad y eficacia de esta familia de antidepresivos del tipo venlafaxina en el tratamiento del síndrome de ansiedad generalizada, fobia social y en el pánico. En un reciente metaanálisis realizado sobre cinco estudios se ha demostrado la eficacia de venlafaxina en el tratamiento de la ansiedad en personas mayores de 60 años. También se ha observado que la utilización de este fármaco durante largos períodos de tiempo (superior a 6 meses) ha presentado una buena eficacia, seguridad y tolerancia en el tratamiento de la ansiedad generalizada en población anciana.

ANTIDEPRESIVO NORADRENÉRGICO Y SEROTONINÉRGICO ESPECÍFICO (NASSA)

Mirtazapina es un antidepresivo que bloquea los receptores postsinápticos 5HT₂ y 5HT₃ aumenta la neurotransmisión serotoninérgica a través de receptores 5HT_{1A}. Un efecto adicional es facilitar la liberación presináptica de noradrenalina al inhibir los autorreceptores adrenérgicos α_2 y heterorreceptores. La experiencia indica que es útil en el tratamiento de la ansiedad; sin embargo, debe ser utilizado con precaución en ancianos debido a la disminución de su aclaramiento en este sector de población.

A modo de conclusión-resumen: ISRS y ISRSN deben ser considerados los fármacos de primera elección para el tratamiento de la ansiedad en los ancianos. El incumplimiento terapéutico asociado a un retraso en la acción y en el nerviosismo inicial y transitorio que se observa con la utilización tanto de ISRS como de ISRSN puede ser minimizado con educación y consejos sanitarios así como la adición de benzodiazepinas en las primeras semanas de tratamiento.

BENZODIAZEPINAS (BZD)

Las BZD permanecen como arma terapéutica en el manejo agudo de la ansiedad y como terapia coadyuvante con los ISRS e ISRSN.

Aunque el uso de BZD ha disminuido, su utilización sigue aumentando en la población anciana. En EE.UU. las personas mayores de 65 años reciben el 35% de todas las prescripciones de BZD. La duración del tratamiento aumenta con la edad y los psiquiatras utilizan más en la prescripción las BZD potentes como lorazepam, alprazolam y clonazepam. Las indicaciones para utilizar las BZD eran la ansiedad, depresión en el 37% de los casos, insomnio en el 20% y tratamiento del dolor en el 38% de los pacientes.

Todas las BZD actúan a través de la ligazón sobre la subunidad A del receptor del ácido γ -aminobutírico (GABA). El efecto neto de esta ligazón es permitir el paso de cloro a la neurona, lo cual reduce la tendencia de ésta a disparar un potencial de acción. De esta manera, las BZD amplifican la influencia inhibitoria de los receptores GABA, que son las principales neuronas inhibitorias del sistema nervioso central. Sin embargo, las diversas clases de BZD se diferencian por su potencia de acción, modo de metabolizarse y duración de la actividad. Las BZD con mayor potencia (clonazepam, triazolam y alprazolam) deben su acción a una unión específica al receptor.

Un amplio número de factores influyen en el tiempo de vida medio de estos fármacos: el incremento en la proporción de masa grasa, los fenómenos de oxidación y la glucoronidación.

En la actualidad se dispone de una gran cantidad de información sobre los efectos adversos de las BZD. Los más importantes en los ancianos son: sedación, enlentecimiento motor, deterioro cognitivo, ataxia, caídas, anomalías en la coordinación y un aumento en el riesgo de desarrollar dependencia. Entre los efectos secundarios menos analizados se encuentran la agitación, disforia, irritabilidad y conductas desinhibidas. Debido a ese elenco de complicaciones, no debe estar recomendado el uso de BZD durante un período de tiempo superior a unas pocas semanas.

Los ancianos que, por los motivos que fuesen, estén tomando BZD de forma prolongada son claros candidatos a la utilización de ISRS/ISRSN, aunque la retirada y la introducción de estos fármacos deben ser cuidadosas y de forma lenta y gradual. Como norma general, se recomienda que los que están tomando BZD durante más de 6 semanas sean candidatos a una reducción gradual durante varias semanas.

En ancianos se prefiere la utilización de BZD de vida media corta tipo lorazepam, oxazepam y temapezam debido a que sólo requieren metabolismo

fase II y además son inactivados por conjugación directa hepática y este mecanismo se afecta muy poco con el envejecimiento. Las BZD de vida media corta tipo lorazepam, oxacepam y temapezam son relativamente menos lipofílicas y, en consecuencia, con menos tendencia a acumularse en tejidos grasos comparadas con otras BZD tipo diazepam. En este sentido, se ha documentado que la vida media de diazepam es de 20 horas en pacientes jóvenes y puede llegar a 90 horas en mujeres mayores de 80 años.

En resumen, las BZD pueden ser útiles como tratamiento a corto plazo de la ansiedad. No obstante, la presencia de efectos indeseables en los ancianos ha llevado a una gradual reducción.

Después de haber sido el principal grupo farmacológico para el tratamiento de la ansiedad en las tres últimas décadas, las BZD han sido recientemente sustituidas por ISRS y/o ISRSN como los agentes de primera elección tanto en jóvenes como en ancianos.

AZAPIRONAS

La buspirona tiene acción selectiva a través de su actividad sobre el receptor de serotonina 5HT_{1A}. Un dato interesante es que la farmacocinética de buspirona no se modifica con la edad. A diferencia de las BZD, buspirona no causa sedación excesiva, hipnosis, deterioro cognitivo o enlentecimiento psicomotor. También carece de actividad anticonvulsiva, no presenta efectos relajantes musculares, no disminuye la capacidad respiratoria y no potencia los efectos adversos del alcohol.

Entre las ventajas de buspirona sobre las BZD se encuentran: una menor probabilidad de dependencia, ausencia de síntomas de retirada y ausencia o falta de deterioro psicomotor en los tratamientos a largo plazo. No existe tolerancia cruzada entre BZD y buspirona. En consecuencia, el camino ideal para iniciar un tratamiento con buspirona en un paciente que previamente recibía BZD es una reducción progresiva y gradual con un aumento progresivo en las dosis de buspirona.

Estudios realizados en población anciana indican que este fármaco es bien tolerado y, además, no presenta interacciones con fármacos ampliamente utilizados en los ancianos como son digitálicos, hipotensores y broncodilatadores. A pesar de su excelente perfil, este fármaco no se ha utilizado de una

manera generalizada. Una de las posibles explicaciones es que la respuesta terapéutica comienza a las 3-4 semanas. Este período es excesivamente largo sobre todo para pacientes que han utilizado BZD.

NEUROLÉPTICOS: MISCELÁNEA

Antihistamínicos tipo hidroxizina y difenhidramina han sido ampliamente utilizados como fármacos en el manejo de los cuadros de ansiedad de intensidad media con resultados muy variables. Estudios ya antiguos indicaban que los β -bloqueantes tipo propanolol y oxprenolol podían ser utilizados en ancianos con situaciones de ansiedad y/o agitación, sobre todo para las situaciones de agresividad en pacientes con demencia refractarios a las BZD o a los antipsicóticos. Sin embargo, debido a sus importantes efectos secundarios, este grupo farmacológico es utilizado muy raramente.

Los neurolépticos atípicos, debido a su menor frecuencia de efectos secundarios extrapiramidales y a su eficacia similar, son ampliamente recomendados y utilizados en el tratamiento de los trastornos de conducta del paciente anciano con demencia. Existen algunas evidencias de la eficacia de estos fármacos en el tratamiento de la ansiedad.

Los antihistamínicos han sido utilizados por sus efectos sedantes; sin embargo, tienen pocos efectos ansiolíticos y, además, poseen acción anticolinérgica.

Los β -bloqueantes no deben ser utilizados en ancianos con patología cardiorrespiratoria ni en diabéticos.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Aunque las intervenciones farmacológicas son la primera línea de intervención en los adultos con cuadros de ansiedad, la terapia psicológica puede ser de gran utilidad en la población anciana donde la polifarmacia y las reacciones adversas son muy frecuentes.

Los métodos de tratamiento psicológico pueden ser divididos de forma amplia en dos grandes grupos:

Psicoterapia tradicional

Con la posible excepción de los cuadros de ansiedad generalizada, las terapias psicoanalíticas y la psicodinamia tradicional han mostrado una utilidad muy limitada. Por ejemplo, en estudios sobre 10-15 años de psicoanálisis en pacientes con agorafobia no se ha observado una mejoría significativa. Una falta de eficacia similar se ha observado también en tratamientos continuados en pacientes con cuadros fóbicos.

Terapia cognitiva/conductual

La literatura está llena de datos y estudios que demuestran la eficacia de este tipo de terapias en la ansiedad de pacientes jóvenes. Un amplio y variado número de intervenciones cognitivas y conductuales han mostrado eficacia en el tratamiento de la ansiedad generalizada, pánico, fobia y enfermedad obsesivo compulsiva. Aunque existen pocos estudios sobre la aplicación de estas técnicas en ancianos, no hay razones para pensar que estos métodos no sean igualmente eficaces en este sector de población. Existen datos que apoyan o sugieren la necesidad de modificar técnicas de CBT para aumentar la respuesta terapéutica en una población con connotaciones especiales como son los ancianos.

Los procedimientos utilizados en estas terapias se pueden agrupar en tres grandes grupos:

1. **Técnicas de relajación.** Suponen una adaptación de las técnicas de relajación progresiva de Bernstein y Borkovec y consisten en ejercicios de tensión-relajación de diferentes grupos musculares distribuidos por todo nuestro cuerpo.
2. **Técnicas de reestructuración cognitiva.** Estas técnicas consisten en obtener información de aquellas situaciones que conllevan conductas temerosas o de pánico, métodos de educación del paciente sobre modelos cognitivos-conductuales, suministro de alternativas cognitivas y otras estrategias para aquellas situaciones estresantes.
3. **Exposición.** Las técnicas de exposición han sido la piedra angular del tratamiento de las fobias durante las últimas décadas. La exposición puede ser realizada con exposiciones *in vivo* o reales, o *in vitro* o situaciones de fan-

tasía. Ambas técnicas requieren habitualmente una exposición gradual durante largos períodos de tiempo.

TRATAMIENTO SEGÚN TIPO DE ANSIEDAD

El tratamiento de la ansiedad será diferente según el tipo fenomenológico. Analizaremos las diferentes formas de ansiedad y su acercamiento terapéutico específico.

Crisis de pánico o angustia

La instauración de un tratamiento adecuado resulta útil en el 70-90% de los casos. Suele apreciarse una mejoría significativa entre 6-8 semanas después de iniciado el tratamiento.

Las crisis de pánico se controlan de forma rápida y eficaz con cualquier benzodiazepina por vía oral. Es bueno generar de forma simultánea un entorno de confianza y tranquilidad donde explicar al paciente lo que le está ocurriendo y la interpretación errónea que está realizando de sus síntomas neurovegetativos.

En el tratamiento a medio y largo plazo son necesarios otros fármacos que ejerzan un efecto preventivo en la recurrencia de las crisis y el componente fóbico (agorafobia) que suele desarrollarse cuando las crisis son de repetición. Los fármacos de primera elección son los ISRS o los ISRSN, a los que es conveniente asociar durante las 2-3 primeras semanas de tratamiento BZD, que después serán retiradas de forma paulatina.

Una vez iniciado el tratamiento es conveniente mantenerlo durante 6-12 meses e ir retirándolo de manera progresiva con la finalidad de detectar de forma precoz la reaparición de sintomatología ansiosa, caso en el que es preferible continuar con el tratamiento, dada la buena tolerancia y eficacia de estas moléculas en los tratamientos a largo plazo.

Dentro de las técnicas psicológicas, la terapia cognitivo-conductual es la considerada como tratamiento de elección. El modelo se centra en los temores que desencadenan en el sujeto los síntomas percibidos y las cogniciones catastróficas.

Angustia generalizada

Hasta hace relativamente pocos años, era frecuente prescribir de forma generalizada una benzodiazepina, con revisiones posteriores en varios meses. Estos tratamientos son útiles durante períodos breves o cortos de tiempo, pero presentan importantes inconvenientes en terapias prolongadas.

Este trastorno no suele ser leve y con mucha frecuencia tiende a la cronicidad. En consecuencia, es preferible la utilización de ISRSN (venlafaxina) e ISRS (paroxetina) para los casos de intensidad moderada o grave; de esta manera se evitarán las complicaciones del tratamiento a largo plazo de las benzodiazepinas.

Es aconsejable iniciar la pauta de tratamiento con una dosis levemente inferior a las indicadas para las situaciones de depresión. Esto es debido a que durante los primeros días de tratamiento se pueden intensificar los síntomas de ansiedad y el paciente puede interpretarlo como una intolerancia al fármaco.

Desde el punto de vista psicológico se ha intentado el control de la hiperactivación fisiológica mediante técnicas conductuales de relajación.

Fobias simples y sociales

Aproximadamente el 80% de las personas que sufren fobia social encuentran alivio a sus síntomas cuando se les proporciona fármacos o terapias cognitivas-conductuales o preferiblemente una combinación de ambas.

La terapia cognitivo-conductual implica aprender a ver los eventos sociales de forma diferente, exponerse a una situación social aparentemente amenazadora, aprender técnicas que disminuyan la ansiedad, adquirir habilidades sociales y técnicas de relajación.

Entre los fármacos que han mostrado su eficacia se encuentran los ISRS y los ISRSN.

Estrés postraumático

Los fármacos antidepresivos pueden, además de mejorar el ánimo y la ansiedad, normalizar las alteraciones de sueño, generalmente presentes en este trastorno, donde muestran su eficacia.

Las BZD mejoran algunos síntomas pero pueden empeorar otros como la disforia; por este motivo no son aconsejables. Otras opciones terapéuticas pueden ser los fármacos anticonvulsivos tipo valproato o lamotrigina.

Cuadros obsesivos

Entre los tratamientos farmacológicos claramente eficaces se encuentran los ISRSN y los ISRS. Generalmente debemos tener más paciencia que si se tratara de una depresión antes de cambiar de fármaco, el cual deberá mantenerse por lo menos durante 12 semanas.

La terapia conductual más eficaz es la denominada de exposición y prevención de la respuesta, en la que se expone de forma voluntaria y deliberada al paciente a aquellas situaciones que desencadenan pensamientos obsesivos y se le entrena en técnicas para evitar la realización de rituales compulsivos y a manejar la ansiedad.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

La decisión de derivar a un paciente anciano con una situación de ansiedad a un especialista no debe adoptarse de forma apresurada, excepto en aquellas situaciones que conllevan un riesgo inminente para la vida del paciente o de sus cuidadores.

Los criterios de derivación se pueden dividir en dos grandes grupos:

Derivación urgente

- Crisis de pánico difícil de contener y tratar.
- Ansiedad con riesgo de suicidio o daño a terceros.

Derivación no urgente

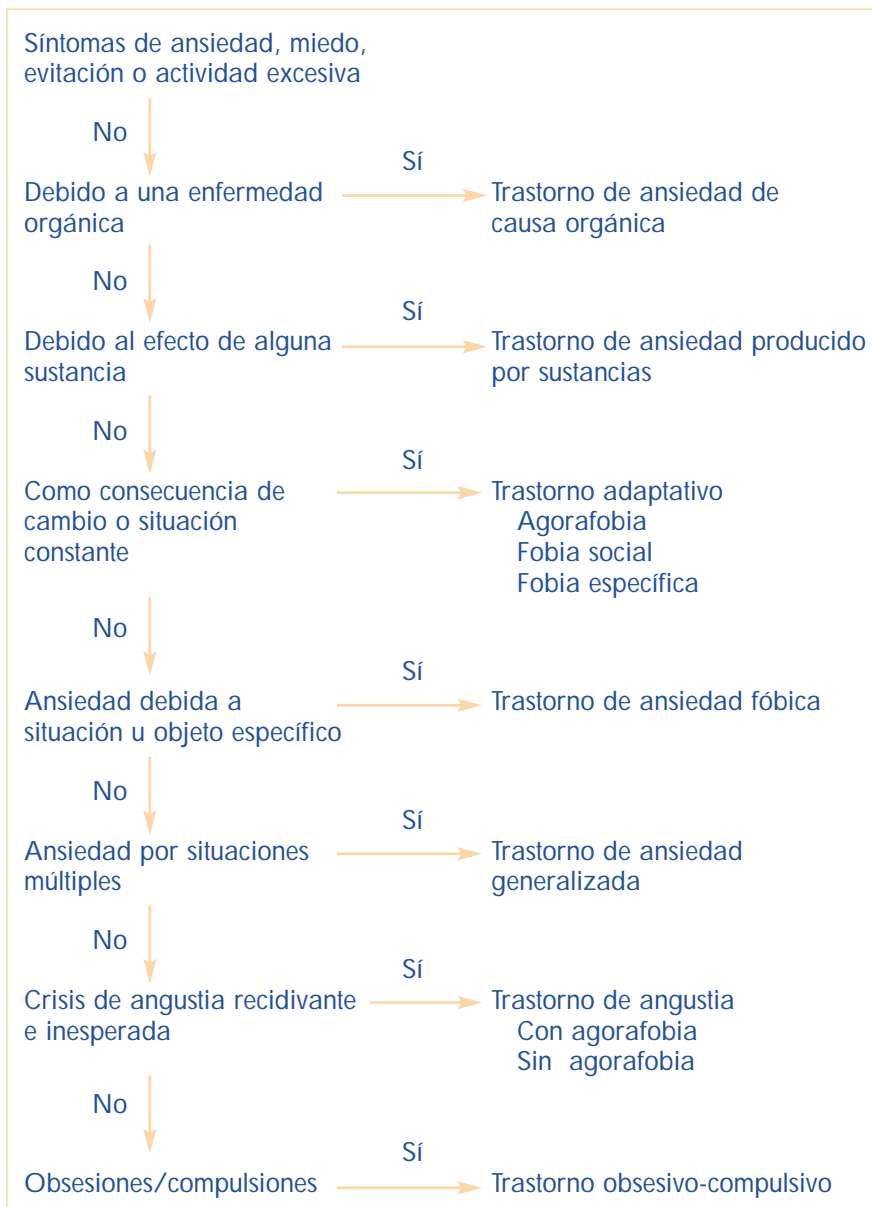
- Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos graves.
- Diagnóstico no bien establecido.
- Trastornos fóbicos u obsesivos muy graves.
- Ataques de pánico que no responden a tratamiento.
- Casos resistentes a las técnicas de apoyo al alcance del médico de familia, transcurrido al menos un mes desde su inicio.

CONCLUSIONES

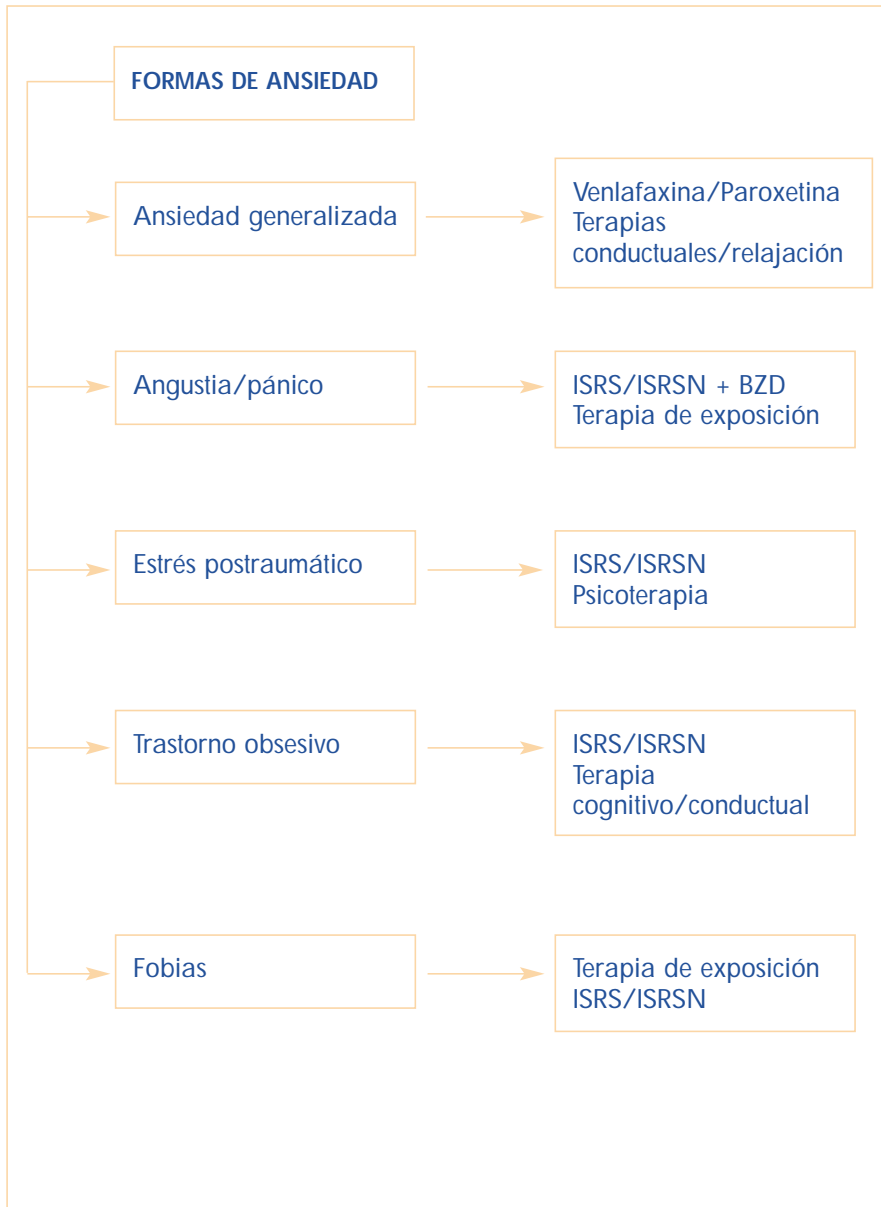
A pesar del interés en la investigación en el área de la ansiedad en los jóvenes, pocos son los estudios sistematizados que se han puesto en marcha en la población anciana. Datos del estudio ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) sugieren que la ansiedad permanece entre las enfermedades más prevalentes entre la población anciana.

1. Es preciso establecer guías fiables sobre la utilización de ansiolíticos en los ancianos. La práctica general es utilizar la terapia ansiolítica que ha mostrado eficacia en los jóvenes. Aunque la mayoría de los médicos tienden a ser cuidadosos con la dosificación y son conscientes de la posibilidad de desarrollar efectos adversos cuando tratan a ancianos, esta actitud de precaución puede llevar a la utilización de dosis ineficaces. En consecuencia, se deben desarrollar guías que indiquen la dosis, eficacia, especificidad y seguridad de los fármacos ansiolíticos en los ancianos.
2. Se necesitan estudios para establecer la eficacia de la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos. Estos estudios son especialmente necesarios en las situaciones de pánico y de enfermedad obsesiva-compulsiva.
3. Se necesitan estudios para examinar la fenomenología, el curso clínico y la respuesta al tratamiento en ancianos.
4. Es necesario realizar estudios para conocer el tratamiento de la ansiedad en ancianos con enfermedades asociadas.

ALGORITMO DE AYUDA DIAGNÓSTICA



ALGORITMO DE AYUDA TERAPÉUTICA



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Burke WJ, Folks DG, McNeilly DP. Effective use of anxiolytics in older adults. *Clin Geriatr Med* 1998;14:47-67.
- Coplan JD, Pine DS, Papp LA, Gorman JM. An algorithm-oriented treatment approach for panic disorder. *Psychiatr Ann* 1996;26:192-201.
- Gale C, Oakley-Browne M. Extracts from "Clinical Evidence". *Anxiety Disorder. Br Med J* 2000;321:1204-7.
- Katz IR, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Hackett D. Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:18-25.
- Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003;20:721-43.
- Mohlman J, Gorenstein EE, Kleber M, de Jesús M, German JM, Papp L. Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:31-40.
- Otto MW, Tuby KS, Gould RA, McLean RYS, Pollack MH. An effect size analysis of the relative efficacy and tolerability of serotonin selective reuptake inhibitors for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1989-92.
- Salzman C. Treatment of anxiety and anxiety related disorders. En: Salzman C, editor. *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998;p. 343-71.
- Sheikh JI. Anxiety disorders. En: Coffey CE, Cummings JL, editors. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Washington: The American Psychiatric Press, 2000; p. 347-67.
- Sheikh JI, Salzman C. Anxiety in the elderly: course and treatment. *Psychiatric Clin North Am* 1995;18:871-83.
- Stanley MA, Hopko DR, Diefenbach GJ, Bourland SL, Rodríguez H, Wagener P. cognitive-behaviour therapy for late-life anxiety disorder in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:92-6.