

Depresión en pacientes con degeneración macular relacionada con la edad

Yamile Reveiz Narváez¹
Carlos Gómez-Restrepo²

Resumen

Introducción: La degeneración macular relacionada con la edad es causa de discapacidad en los adultos mayores, ya que afecta de manera sustancial su calidad de vida e incrementa el riesgo de depresión. *Métodos:* Revisión narrativa acerca del tema. *Resultados:* Se discute el efecto de la depresión en pacientes mayores con discapacidad visual y se resumen las intervenciones existentes para detectar y disminuir en ellos la tasa de depresión.

Palabras clave: Degeneración macular, depresión, discapacidad, prevención primaria.

Title: Depression in Patients with Age-Related Macular Degeneration

Abstract

Age-related macular degeneration is a cause for disability in the elderly since it greatly affects their quality of life and increases depression likelihood. This article discusses the negative effect depression has on patients with age-related macular degeneration and summarizes the interventions available for decreasing their depression index.

Key words: Macular degeneration, depression, disability, primary prevention.

La degeneración macular relacionada con la edad (DMRE) es la primera causa de ceguera en adultos mayores de 50 años en países desarrollados (1), y es la principal causa de discapacidad en este grupo de población (2). Es una enferme-

dad que afecta la parte central de la retina, conocida como la mácula, y que genera cambios en el epitelio pigmentario de la retina, los cuales producen atrofia geográfica o neovascularización coroidal (3). Las manifestaciones de la DMRE son

¹ Médica Pontificia Universidad Javeriana, asistente de investigación del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Médico psiquiatra, psicoanalista, epidemiólogo clínico, profesor titular del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, y director del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

variadas, pero generalmente se expresa de dos formas: atrófica o seca (que constituye el 85% de los casos), y una forma exudativa o húmeda, responsable del 15% restante (4). Los pacientes con DMRE bilateral se ven abrumados, a menudo, por las nuevas exigencias a las que se tienen que enfrentar, ya que pierden independencia y funcionalidad (5). Como resultado, muchos de ellos desarrollan depresión, lo que incrementa aún más su discapacidad (5).

Se conoce que la DMRE afecta de manera sustancial la calidad de vida de las personas e incrementa el riesgo de depresión y muerte (6,7). La depresión, una complicación seria e importante que padecen los pacientes con DMRE, debe prevenirse, detectarse y manejarse prioritariamente.

Prevalencia de depresión

La depresión limita significativamente tanto la actividad como la productividad de quienes la padecen (8-11). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el estudio “Problemas psicológicos en la atención sanitaria general”, reportó que la depresión produce mayores tasas de discapacidad que otras enfermedades de gran impacto, como la hipertensión arterial, el lumbago o las enfermedades autoinmunes (12). Las tasas de depresión en los individuos con DMRE son alarmantemente altas: dos estudios reportaron que alrededor del 33% de las personas

con DMRE padecen de depresión (5,13). Así mismo, el mejoramiento en la atención en salud, la mejor calidad de vida y los mayores cuidados de las personas son factores que contribuyen al envejecimiento de la población y, con ello, a la mayor propensión a presentar DMRE y cuadros depresivos motivados por las mayores pérdidas que se producen, entre otros.

En el estudio liderado por Crews y Cambell (14) se encontró que aquellos individuos con discapacidad visual están dos veces más propensos a padecer depresión en comparación con la población general (14). Otro estudio evaluó el impacto de la DMRE en el ámbito de la salud pública y estimó que aquellos con agudeza visual peor de 20/200 tienen hasta 15% de probabilidad de desarrollar depresión. Estas cifras resultan preocupantes, más aún si se considera el hecho de que los adultos mayores están dos veces más propensos a cometer suicidio que la población general. Esto se le suma a un estudio que identificó la discapacidad visual como un factor de riesgo para suicidio en los adultos mayores de 50 años (15).

Depresión y discapacidad visual

La disminución en la agudeza visual resultante de la DMRE lleva a disminución importante en la calidad de vida de la persona, ocasiona estrés emocional, genera dependencia y entorpece el funcionamiento diario.

El aislamiento social secundario a las restricciones de movilidad (como dejar de caminar o manejar un automóvil debido al miedo de caerse o estrellarse) conlleva distanciamiento de las personas y de actividades que el individuo considera placenteras y enriquecedoras (16). Rovner siguió a 51 personas con DMRE durante seis meses y encontró que la DMRE se asoció con depresión en aproximadamente el 35% de los individuos (17).

De acuerdo con lo anterior, la DMRE lleva a disminución de la agudeza visual y ocasiona discapacidad visual y disminución en el funcionamiento, lo que a su vez se incrementa con las limitaciones producidas por la depresión. Por tal razón, un individuo con DMRE y depresión tiene dos factores sinérgicos que trabajan conjuntamente, lo cual produce discapacidad y miseria.

Detección de la depresión

El primer paso para manejar la depresión es detectarla. Tanto los oftalmólogos como los optómetras y demás profesionales encargados de la salud visual deben rutinariamente tamizar a sus pacientes con DMRE contra la depresión. Existen varios instrumentos rápidos y sencillos, que ayudan a detectar a los pacientes con depresión. Los más conocidos y utilizados son la escala geriátrica de depresión (18), la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (19) y el cuestionario de la salud del paciente (20).

En Colombia se acepta que las dos preguntas de tamizaje contra la depresión de Whooley son un método práctico, rápido y sencillo de utilizar para la identificación de sujetos con depresión mayor (21). Este método no requiere pagos para el derecho de autor y consta de dos preguntas cortas:

Durante los últimos 30 días, ¿se ha sentido aburrido, deprimido o desganado?

Durante los últimos 30 días, ¿ha notado menor interés o placer al hacer las cosas?

Se conoce que la respuesta “sí” a ambas preguntas tiene una sensibilidad y especificidad de 86% y 75%, respectivamente. (21)

Todas estas encuestas les preguntan a los pacientes si presentan síntomas depresivos y detecta a aquellos que la padecen. Las guías de práctica clínica de la Asociación Americana de Oftalmología recomiendan que los pacientes con tamizaje positivo para depresión sean referidos inmediatamente a salud mental (22), ya que la depresión mayor requiere intervenciones farmacológicas o psicosociales urgentes (23).

Prevención de la depresión

La depresión acompaña muchas condiciones médicas y neurológicas, en particular en adultos mayores (24). Aunque con frecuencia se considera que la depresión es una consecuencia inevitable de las enfermedades, se deben hacer esfuerzos

para disminuir su prevalencia, ya que esta comorbilidad incrementa el riesgo de discapacidad y de muerte. Las estrategias preventivas, como para cualquier enfermedad, están categorizadas en tres niveles: *prevención primaria*, que busca disminuir la incidencia de depresión; *prevención secundaria*, cuyo objetivo es disminuir la prevalencia de la depresión, y *prevención terciaria*, que pretende disminuir la recurrencia de la depresión (25). Este artículo se enfoca en la prevención primaria; vale decir, en las estrategias que pueden disminuir el inicio de depresión en pacientes con DMRE.

Los sujetos con disminución en la agudeza visual presentan limitaciones funcionales que pueden llevar a depresión. Por esta razón, Rovner, Casten, Hegel, Leiby y Tasman (26) diseñaron una intervención psicosocial, llamada *tratamiento para resolución de problemas* (PST, por sus siglas del inglés), para prevenir la depresión en sujetos propensos a desarrollarla (26).

La intervención se basa en la premisa de que si se les enseñan a los pacientes habilidades para resolver problemas y para ganar independencia se pueden prevenir los síntomas depresivos. Dreer demostró que las personas con disminución en la agudeza visual y pocas capacidades para resolver problemas son más susceptibles a padecer depresión y estrés emocional (27). En el estudio de Rovner y colaboradores (26) se escogieron pacientes con DMRE

neovascular bilateral con síntomas visuales iniciales, y se aleatorizaron en dos grupos: el primero recibió la intervención PST, mientras que el otro grupo recibió los cuidados estándares para pacientes con DMRE. Cerca del 12% de los pacientes del primer grupo tuvieron depresión en los primeros dos meses, a diferencia del grupo control, en el que el 23% fueron diagnosticados con depresión ($p < 0,05$). Sin embargo, estos resultados no se sostuvieron en el tiempo, ya que seis meses después las tasas de depresión se igualaron. Esto se explica porque la DMRE se caracteriza por episodios súbitos de empeoramiento de la agudeza visual, que lleva a disminución repentina de la funcionalidad de la persona (2).

En otro estudio también se desarrolló una intervención psicosocial encaminada a ayudar a los pacientes con DMRE a lidiar con la disminución de la agudeza visual (28). Dicha intervención duraba seis semanas y consistía en dar información básica acerca de la enfermedad, junto con algunas estrategias para su rehabilitación. Los resultados demostraron que al finalizar las seis semanas algunos pacientes mejoraron su estado de ánimo.

Hasta la fecha no existen experimentos clínicos que demuestren la eficacia y efectividad de las intervenciones psicosociales para disminuir la depresión en pacientes con DMRE (29). Un metaanálisis reciente sugirió que las intervenciones psicosociales pueden llegar a disminuir de manera

pequeña o moderada la prevalencia de depresión en enfermedades crónicas (30). Sin embargo, esto no se conoce en el contexto de la DMRE o de otras enfermedades que afecten de manera importante la agudeza visual, por lo cual se necesitan estudios que observen la eficacia de las intervenciones psicosociales en estos pacientes.

Implicaciones

La DMRE es un gran problema de salud pública, que les quita a los pacientes su independencia y les destruye su calidad de vida. A medida que la población envejece, un gran número de personas se verán afectadas por esta condición, y, por ende, de depresión. Por ello, al mejorar los síntomas depresivos se puede garantizar independencia y funcionalidad en estos pacientes.

Según los estudios anteriormente mencionados, se puede observar que hasta cierto punto la depresión en los pacientes con DMRE se puede evitar. El siguiente paso necesario es incorporar estrategias que mejoren la calidad de vida en la práctica clínica oftalmológica. Aunque tanto la Asociación Americana de Oftalmología como la Asociación Americana de Optometría han recomendado el tamizaje para depresión durante la consulta clínica oftalmológica, dicha intervención no se ha convertido aún en parte de la rutina (22,31). De igual manera, es importante que los profesionales de la salud encargados de la salud visual reconozcan tanto

a los pacientes con depresión como sus factores de riesgo. Adicionalmente, deben saber implementar de manera efectiva las intervenciones psicosociales encaminadas a mejorar la calidad de vida de sus pacientes (2). Para ello se requiere establecer puentes efectivos entre diversas especialidades (psiquiatría y oftalmología) para desarrollar programas que favorezcan a los pacientes y que permitan una comunicación que promueva el manejo integral de ellos.

Finalmente, es importante resaltar que aunque existen nuevas medidas terapéuticas para DMRE, como los factores de crecimiento endoteliales antivascuales lucentis y avastin, no se pueden dejar de tamizar a estos pacientes contra la depresión ni se pueden dejar de implementar intervenciones que ayuden a los pacientes a lidiar con los nuevos retos impuestos por la enfermedad, ya que dichos medicamentos no resultan beneficiosos para todos los individuos con DMRE (23).

Agradecimientos

Al Dr. Álvaro Ruiz MD, MSc, FACP, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Profesor titular del Departamento de Medicina Interna, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Bogotá, Colombia.

Referencias

1. Alliance for Aging Research. Independence for older Americans: An investment in our nation's future [internet].

1999. [citado: 15 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.agingresearch.org/content/article/detail/695>
2. Casten R, Ronver B. Depression in age related macular degeneration. *J Vs Impair Blind*. 2008;102:591-9.
3. Uhlmann RF, Larson EB, Koepsell TD, et al. Visual impairment and cognitive dysfunction in Alzheimer's disease. *J Gen Intern Med*. 1991;6:126-32.
4. Fine SL, Berger JW, Maguire MG, et al. Age-related macular degeneration. *N Engl J Med*. 2000;342:483-92.
5. Rovner BW, Casten R, Tasman W. Effect of depression on vision function in agerelated macular degeneration. *Arch Ophthalmol*. 2002;120:1041-4.
6. Klein R, Klein BEK, Jensen SC, et al. The 5-year incidence and progression of age-related maculopathy: The beaver dam eye study. *Ophthalmology*. 1997;104:7-21.
7. Bruce ML. Depression and disability in late life: directions for future research. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:102-12.
8. Ayuso J. Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:181-6.
9. Norton MC, Skoog I, Toone L, et al. Three-year incidence of first-onset depressive syndrome in a population sample of older adults: The Cache County Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14:237-45.
10. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, et al. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med*. 2006;354:1130-8.
11. Charney DS, Reynolds CF III, Lewis L, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:664-72.
12. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. Chichester: John Wiley & Sons; 1995.
13. Brody BL, Gamst AC, Williams RA, et al. Depression, visual acuity, comorbidity, and disability associated with age-related macular degeneration. *Ophthalmology*. 2001;108:1893-901.
14. Crews JE, Campbell VA. Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for health and functioning. *Am J Public Health*. 2004;94:823-9.
15. Waern M, Rubenowitz E, Runeson B, et al. Burden of illness and suicide in elderly people: Case-control study. *Br Med J*. 2002;324:1355-8.
16. Soubrane G, Cruess A, Lotery A, et al. Burden and health care resources utilization in neovascular age-related macular degeneration: Findings of a multicountry study. *Arch Ophthalmol*. 2007;125:1249-54.
17. Rovner BW, Casten RJ. Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10:305-10.
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17:37-49.
19. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *App Psychol Measur*. 1977;1:385-401.
20. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16:606-13.
21. Whooley A, Avins A, Miranda J, et al. Case Finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *JGIM*. 1997;12:439-45.
22. American Academy of Ophthalmology, Vision Rehabilitation Committee. Preferred practice pattern guidelines: Vision rehabilitation for adults [internet]. 2007. [citado: 15 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.aao.org/CE/practiceguidelines/default.aspx>.
23. Horowitz A, Reinhardt JP, Boerner K. The effect of rehabilitation on depression among visually impaired older adults. *Aging Ment Health*. 2005;9:563-70.
24. Rovner W, Casten J, Hegel M, et al. Preventing depression in age-related macular degeneration. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:886-92.
25. Mrazek P, Haggerty R, editors. Reducing risks for mental disorders: Frontiers

- for prevention intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
26. Rovner BW, Casten RJ, Hegel MT, et al. Dissatisfaction with performance of valued activities predicts depression in age-related macular degeneration. *Int J Geriatr Psychiatr*. 2007;22:789-93.
 27. Dreer LE, Elliot TR, Fletcher DC, et al. Social problem-solving abilities and psychological adjustment of persons in low vision rehabilitation. *Rehab Psychol*. 2005;50:232-8.
 28. Brody BL, Roch-Levecq AC, Gamst AC, et al. Self-management of age-related macular degeneration and quality of life: A randomized controlled trial. *Arch Ophthalmol*. 2002;120:1477-83.
 29. Augustín A, Sabel JA, Bandello F, et al. Anxiety and depression prevalence rates in age-related macular degeneration. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2007;48:1498-503.
 30. Cuijpers P, van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: A meta-analytic review. *Act Psychiatr Scand*. 2007;115:434-41.
 31. American Optometric Association. Care of the patient with age-related macular degeneration [internet]. 1994 [citado: 15 de diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.aoa.org/documents/CPG-6.pdf>.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 20 de enero de 2012

Aceptado para publicación: 23 de junio de 2012

Correspondencia

Carlos Gómez-Restrepo

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística

Pontificia Universidad Javeriana

Carrera 7.ª No. 40-62, Piso 2

Bogotá, Colombia

cgomez@javeriana.edu.co