¿Está su paciente anciano deprimido?

Kathryn Murphy, NP, CS, MSN

LA DEPRESIÓN, el trastorno psiquiátrico más común en pacientes mayores, con frecuencia se pasa por alto o se diagnostica erróneamente. Algunos signos y síntomas, como la falta de concentración, la pérdida de la memoria y la dificultad en la toma de decisiones, pueden atribuirse a la demencia en lugar de a la depresión. Algunos médicos creen que la depresión es una respuesta normal e inevitable a la enfermedad crónica, y muchos pacientes comparten esta opinión. De manera que incluso cuando se identifica la depresión, puede que no se trate adecuadamente.

Bien porque no se identifica o bien porque no se trata, la depresión perjudica la capacidad de funcionar de un anciano y disminuye su calidad de vida. También incrementa espectacularmente el riesgo de suicidio.

Por suerte, la depresión se puede tratar. En este artículo se explica cómo valorar la depresión de un adulto mayor para poder ayudarle.

"Tocando fondo" y más

Considerada un trastorno del estado de ánimo, la depresión presenta dos tipos: depresión mayor y distimia, que es un tipo más leve y crónico de depresión. Este artículo se centra en la depresión mayor, que puede perjudicar gravemente el apetito, el sueño, las actividades diarias y las relaciones personales.

Los signos y síntomas de depresión en los ancianos son similares a los de las personas de otras edades. El paciente puede describirse a sí mismo como estar "tocando fondo", sintiéndose triste y desesperanzado, sin mostrar interés por actividades antiguamente placenteras, o sin energía. Los signos y síntomas comunes incluyen un cambio en los patrones del sueño, aumento o pérdida de peso, fatiga, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y agitación o apatía.

Una persona anciana deprimida puede tener múltiples quejas somáticas inespecíficas, como fatiga, insomnio e irritabilidad. Si su paciente acude a varias visitas al médico con quejas inespecíficas que no se asocian claramente a una patología, valórelo por si presenta depresión.

Varios factores pueden aumentar el riesgo de depresión de su paciente. (Véase el cuadro anexo *¿Qué se esconde tras la depresión de su paciente?*)

Puesto que la enfermedad es un factor de riesgo significativo, debería cribar a todos los pacientes con enfermedades graves o crónicas en busca de signos de depresión. Obtenga los datos para la historia clínica y realice una valoración orientada. Pregúntele acerca de sus síntomas, cuándo empezaron, durante cuánto tiempo y con qué frecuencia los ha presentado, y si ha experimentado cambios en el estado de ánimo, en la conducta y en el funcionamiento. Pregúntele sobre acontecimientos externos y pérdidas personales que puedan contribuir a la depresión:

- ¿Su paciente se ha quedado viudo/a?
- ¿Es un cuidador/a?
- ¿Presenta una condición grave o crónica, como accidente vascular cerebral, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes o enfermedad de Parkinson?
- ¿Presenta un trastorno de abuso de sustancias en la actualidad?
- ¿Presenta una incapacidad funcional, especialmente una nueva?
- ¿Está socialmente aislado?
- ¿Está tomando medicación que provoca depresión, como opiáceos, sedantes hipnóticos o bloqueadores beta?

¿Qué se esconde tras la depresión de su paciente?

En un anciano, la depresión puede desencadenarse debido a uno o más de estos factores.

Alteraciones bioquímicas. El desequilibrio de los neurotransmisores como la serotonina contribuye a la depresión. Con el envejecimiento normal algunos neurotransmisores están disponibles para su uso, ya sea por la disminución de la producción o por el aumento del metabolismo. Los medicamentos pueden corregir este desequilibrio químico y aliviar la depresión.

Predisposición genética. Los antecedentes familiares de depresión hacen que sea una persona de riesgo.

Acontecimientos vitales estresantes. Un adulto mayor es especialmente vulnerable a la depresión si experimenta pérdidas relacionadas con el envejecimiento, como el fallecimiento de familiares y amigos, la disminución de los recursos económicos y la pérdida de independencia. Puede preocuparse con los pensamientos de muerte mientras llora la muerte de su marido o se enfrenta a su propia salud debilitándose. Las múltiples pérdidas aumentan significativamente su estrés, disminuyendo su resistencia a las enfermedades tanto físicas como mentales.

Enfermedad aguda o crónica. Cualquier enfermedad importante aumenta el riesgo de depresión. Los tratamientos como la radioterapia o la cirugía se suman al estrés del paciente.

Efectos adversos de los fármacos. Muchos medicamentos, incluyendo los utilizados para las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, pueden afectar desfavorablemente al estado de ánimo.

Mientras valora de forma rutinaria el riesgo de caídas e interviene como está indicado, debería valorar el riesgo de suicidio y tomar las precauciones adecuadas. Utilice la Geriatric Depression Scale-Short Form (GDS-SF) para valorar y obtener una puntuación. A continuación siga los parámetros de cuidado de las guías para la depresión en las personas ancianas (véase *Complementos*). Por ejemplo, si presenta depresión grave (GDS con puntuación de 11 o mayor, entre 5 y 9 síntomas depresivos), derívelo para someterse a evaluación y tratamiento psiquiátrico. En caso de depresión menos grave, derívelo a los servicios de salud mental para someterse a psicoterapia o *counseling*. Después establezca un plan de cuidados de enfermería para él.

Trate la depresión de forma segura

La depresión se puede tratar eficazmente con medicación antidepresiva. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la paroxetina, y los inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN), como la venlafaxina, son efectivos para muchos ancianos. Manténgalo seguro abogando porque se le prescriba una dosis baja en el inicio que se aumentará lentamente. El *counseling* y la terapia verbal pueden formar parte de su tratamiento.

Una persona anciana deprimida puede tener múltiples quejas somáticas inespecíficas, como fatiga, insomnio e irritabilidad.

Explíquele que no debe conducir o realizar actividades que requieran estar alerta hasta que compruebe cómo le afecta la medicación. Enséñele a tomársela tal y como la tiene pautada y que no machaque o mastique las pastillas de liberación controlada. Explíquele que puede pasar un tiempo hasta alcanzar los beneficios de la medicación y avísele de que no debe abandonar el tratamiento repentinamente. Debería evitar tomar alcohol mientras toma los antidepresivos.

Valore toda su medicación por si existen interacciones potenciales. Controle detenidamente su respuesta al tratamiento, compruebe con frecuencia las concentraciones plasmáticas del fármaco y ajuste las dosis siguiendo lo pautado.

Una buena nutrición, ser positivo e implicarse en actividades de personas más jóvenes son componentes importantes de un estilo de vida saludable. Enseñe a su paciente a cuidarse y a permanecer tan activo como pueda. Ⓝ

COMPLEMENTOS

Alexopoulos GS. Late-life mood disorders. In Sadavoy LF, et al. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd edition. New York, N.Y., W.W. Norton & Company, 2004.

Buckley AB. Recognizing depression in elders. **http://www.caregiver.com/articles/depression/recognizing_depression_in_elders.htm**

Kurlowicz LH. Depression in older adults. In Mezey M, et al (eds), *Geriatric Nursing Protocols for Best Practice*, 2nd edition. New York, N.Y., Springer Publishing Company, 2003. Accessed at National Guideline Clearinghouse. **http://www.guideline.gov**

Lo T, Bhanji NH. Beyond sad mood: Alternate presentations of major depression in late life. *Geriatrics and Aging*. 8(8):12-19, September 2005.

Kathryn Murphy es profesora en el Muskegon Community College, en Muskegon, Michigan.

Enfermería Clínica

La publicación de referencia en investigación y más útil para la práctica cotidiana

Infórmese en el teléfono
902 888 740
y descubra las ventajas de ser suscriptor de ELSEVIER

www.elsevier.es/enfermeriaclinica